

2012年2月6日
第2964号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 外来研修の意義と学び方(松村真司, 前野哲博, 小曾根早知子, 山田康博) 1—3面
- 自治医大「Free course-student doctor」制度 4面
- [連載] ホスピタリスト/ER/検査/海外研修(新)/心電図/膠原病/医学教育
- MEDICAL LIBRARY 12—15面

座談会

そこに潜む“落とし穴”から考える 外来研修の意義と学び方

研修医の皆さんは“外来”を担当した経験はありますか？ 主訴が多岐にわたり、患者背景もさまざまな外来診療では、多数の軽症例のなかに存在する一握りの重症例を決して見逃さないことが求められます。しかしながら、外来診療の初心者には、得てして似たような失敗を犯し、重篤な疾患を見逃してしまうことがあります。

本座談会では、外来担当医が陥りがちな“落とし穴”に注目しながら、外来診療における臨床力を高めるための方策を経験豊富な指導医4人に議論していただきました。外来診療のスキルアップのコツを伝授します。



山田康博氏
国立病院機構
東京医療センター総合内科

前野哲博氏
筑波大学附属病院
総合診療科・教授

松村真司氏
松村医院・院長

小曾根早知子氏
筑波大学附属病院総合診療科

松村 2001年に私が武田裕子先生(ロンドン大学院)、大滝純司先生(東医大医学教育学)と一緒にいった調査では、一般外来・救急外来を含め何らかの外来研修を行っている臨床研修指定病院の割合は44%でした。また研修スタイルは、「研修医に外来を任せ、困った場合に相談」というものが多く、外来診療における系統立った思考過程を学ぶ研修をしていた施設はごくわずかでした。その調査から約10年、新医師臨床研修制度も導入されたなかでの外来研修の現況について、まずお聞きしたいと思います。

卒後臨床研修における 外来研修のいま

松村 山田先生、小曾根先生はともに新医師臨床研修制度の一期生ですが、初期研修では何らかの外来研修を受けましたか。

山田 私は初期研修を卒業した大学の病院で行いましたが、一般外来や救急外来を経験することはほとんどなく、研修の大半は病棟で行いました。救急の当直の際もチームで診療に当たるため、自分で考えて治療方針を決定したことはなかったですね。

小曾根 私が初期研修を行った筑波メディカルセンター病院では、1年目で救急外来を担当し、walk inの患者を中心に診察しました。ただ当時、指導医からは「何かあったら声をかけて」という指示のみで、きちんとした指導体制はありませんでした。

2年目の総合診療科研修では2週に1回程度初診の一般外来を担当し、それ以外に指導医の外来を後ろで見学する機会がありました。基本的には毎回、当日診た患者のケースレビューを行い、全例プレゼンテーション(以下、プレゼン)して指導医から診療のフィードバックを受けました。

前野 正確なデータは持っていませんが、現在も多くの施設では初期研修を病棟中心に行っているようです。各科をローテートする初期研修では科ごとの研修期間が短く、また空きブースがないという問題もあり、外来研修の導入は難しいのだと思います。それに加え、研修医が診察する間、指導医は自身の仕事を中断しなければならぬため、外来研修の導入には指導医側にもそれなりのモチベーションが必要です。

それでも初期研修の必修化以降、プライマリ・ケア重視の考え方が浸透してきているためか、外来研修を行う施

設は増えています。病院以外でも、地域医療研修で診療所の外来を経験する研修医も増えていると思います。

松村 なるほど。プライマリ・ケアに近い臨床の場では、初期研修でも外来研修が広がってきているのですね。それでは、後期研修ではどうでしたか。山田 後期研修は現在の所属施設で行ったのですが、1年目(卒後3年目)から早速外来を任せられました。一般外来の初診と再診、二次救急外来、夜間内科当直を担当し、自分で下した治療方針の決断について、指導医から濃密なフィードバックを受けました。特に一般外来では診察当日に全例ケースレビューを行い、そこでの学びを基に外来での自分の診療スタイルが確立してきたと感じています。

小曾根 私は後期研修を筑波メディカルセンター病院と筑波大病院で行い、一般外来の初診・再診を担当しました。初診では初期研修時と同様、ケースレビューで指導医から全例フィードバックを受けました。再診は全例ではなく、困ったときに相談するというスタイルで行いました。

松村 外来研修を経験して、どのような感想を持ちましたか。

小曾根 自信を持って行った処置の過

不足を指摘されたこともあり、この処置でいいのか、見逃しはないかと毎回緊張感がありました。外来診療は決断の連続という要素があるため、自分の決断が正しかったのか検証ができたことは、大きな経験となりました。

松村 先生方は系統立った外来研修を受けられたのですね。一方、臨床研修全体を見渡したとき、外来研修をほとんど受けずに外来を任せられるケースは多いのでしょうか。

前野 後期研修医が外来を担当しない施設はまずないので、卒後3年目に「明日から週1回外来をやっつね」と、いきなり任せられる現実はあると思います。

松村 もし外来研修を受けずに外来を任せられるとしたら、山田先生ならどう思われますか。

山田 困ってしまいますね。トレーニングをしていないことは基本的にはできません。適切な医療が行えなくなるので、最大の被害者は患者さんになると思います。

前野 “困ったら相談”というかたちの外来研修が多い現状では、多少経験のある研修医でもこわごわ外来診療を行っていると思います。自信を持って

(2面につづく)

February
2012

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

救急救命士による ファーストコンタクト 病院前救護の観察トレーニング (第2版)

執筆 郡山一明
B5 頁148 定価2,730円
[ISBN978-4-260-01479-3]

認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版2012

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会
A5 頁248 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01337-6]

〈Ladies Medicine Today〉 更年期・老年期外来 ベストプラクティス 誰もが知りたい104例の治療指針

編集 神崎秀陽
B5 頁408 定価8,925円
[ISBN978-4-260-01533-2]

〈標準保健師講座・別巻1〉 保健医療福祉行政論 (第3版)

執筆 藤内修二、榎本真津、島田美喜、日隈桂子、
星野明子、飯村富子、阿部朱美、兵井伸行、
三徳和子、佐藤由美、福田素生、阿彦忠之、
村中幸子、岡本玲子、中瀬克己、岩室紳也
B5 頁232 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01405-2]

摂食障害治療ガイドライン

監修 日本摂食障害学会
編集 「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会
B5 頁312 定価4,200円
[ISBN978-4-260-01443-4]

〈標準作業療法学 専門分野〉 地域作業療法学 (第2版)

監修 矢谷令子
編集 小川恵子
編集協力 大熊 明、加藤朋子
B5 頁280 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01438-0]

看護師国試 必修チェック!

編集 医学書院看護出版部
新書 頁356 定価1,260円
[ISBN978-4-260-01510-3]

帰してはいけない外来患者

編集 前野哲博、松村真司
A5 頁228 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01494-6]

標準リハビリテーション医学 (第3版)

監修 上田 敏
編集 伊藤利之、大橋正洋、千田富義、永田雅章
B5 頁552 定価7,350円
[ISBN978-4-260-01394-9]

俺に似たひと

平川克美
四六判 頁242 定価1,680円
[ISBN978-4-260-01536-3]

学生のための医療概論 (第3版増補版)

編集 千代豪昭、黒田研二
B5 頁312 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01540-0]

座談会 そこに潜む“落とし穴”から考える

(1面よりつづく)

外来を担当できるようになるためには、適切な決断を促せるような系統立った教育を、外来の場で行っていくことが重要でしょう。

救急外来や病棟で一般外来のスキルは身につくのか

松村 外来での研修が必要と感じていても、マンパワーの問題などで指導に力を入れられない背景もあります。一方、救急外来や病棟の新患の診察で鑑別診断のトレーニングを行うことが、一般外来の訓練にもなると考える指導医は少なくないと思いますが、一般外来のスキルを他の研修で身につけることは可能なのでしょうか。

山田 救急外来や病棟で一般外来のスキルを身につけるのは難しいと思います。救急外来には、緊急性がある方が、何らかの理由で日中に来られない方が主に来られますが、一般外来では緊急性の高い方の頻度は低く、患者層が異なります。また主訴も異なり、「痛い」「苦しい」と訴える方が多い救急外来に対し、一般外来の主訴は多様で「何となく調子がおかしい」と言う方も多くいます。できる検査も限られるため、一般外来とは大きく状況が異なります。

小曾根 救急外来では、翌日まで大丈夫だったとあえぎ合格点ですが、一般外来には重大疾患を見逃してはいけない“最後の砦”のような役割があると思います。例えば、「何となくお腹が痛い」と訴える患者の場合、救急外来であればバイタルが安定し出血がなければ、その日は帰してよいと判断できます。しかし、一般外来で帰してしまい、もし大腸がんを見逃してしまったり大きな問題です。

松村 では、病棟診療との違いはどうでしょうか。

小曾根 病棟はいつでも診に行けますが、外来では患者さんが帰ってしまうと1回診察することは困難ですので、外来は診察のチャンスが限られるという違いがあります。

松村 病棟研修や救急外来などで重症疾患の経験を多数積むことで、一般外来もできるようになるという考えはないのですか。

山田 一般外来では、自然に治る多数の“帰せる人”のなかに存在する、一握りの“帰してはいけない”重症患者を拾い上げることが求められます。そういった能力は、やはり一般外来を経験しないと身につけることは難しいでしょう。

前野 一般外来では、初診で診断が確定しないケースも多くありますが、それでも「帰す」「緊急入院」といった決断は必ず下さなければなりません。その決断のプロセスを習得するには、やはり一般外来という状況に特化したトレーニングが必要ですね。

外来には研修医が陥りやすい“落とし穴”がある

松村 明確でない主訴から診療を開始することが多い一般外来では、診断の手掛かりが見えにくいので、外来研修を始めたばかりの研修医は概ね同じようなケースで失敗することがあると思います。

正直に白状しますと、私自身、妊娠を見逃したことが何回かあります。それでも後輩研修医には「嘔気がある女性の鑑別に妊娠を挙げないとは!」と、自分が見逃したことを棚上げて突っ込んでいました(笑)。

小曾根 私は、「何となくお腹が痛い」と訴えた人の胆石を見逃した経験が何回かありました。「所見があまりない」「重症ではない」などの判断で、大丈夫と思い帰ってしまったのです。

山田 私も失敗はたくさんありました。症状に乏しい初期の胆嚢炎や虫垂炎をそのまま帰してしまい、翌日に猛烈な痛みを伴って患者さんが再度受診したときには、かなり進行していたということもあります。

松村 そういった外来担当医が引っ掛かる“落とし穴”には、何か特徴があるのでしょうか。

山田 失敗したケースを振り返ると、思い込みがあるか、経験の少ない疾患を診たときがほとんどです。「頻度の高い疾患と重篤な疾患から考える」という当たり前のことをせず、初期に思いついた疾患に当てはめようとしたり、「walk in だから軽症」と思い込み重篤な疾患を見逃したこともあります。小曾根 「心筋梗塞患者が歩いてくる」というイメージは経験しないと持ちにくいので、walk in というだけで心筋梗塞の可能性を除外してしまうのですよね。

大学時代や病棟での研修で疾患の典型例を学んだだけで「この病気はわかった」と思い込み、まだ症状がそろっていない初期の疾患を典型的な症状がないという理由で鑑別診断リストから消してしまうことが私もありました。外来は病棟と異なる場だという理解がないまま、自分の少ない経験がすべてになってしまう傾向が研修医にはあるように感じます。



●松村真司氏
1991年北大医学部卒。慈恵医大での初期研修修了後、国立東京第二病院総合診療科(当時)、東大大学院。UCLA 総合内科・同公衆衛生大学院、東大医学教育国際協力研究センターを経て2001年より現職。地域での教育・研究活動を通じ外来診療の質改善に取り組んでいる。日本プライマリ・ケア連合学会理事。主な編著書に『帰してはいけない外来患者』『プライマリ——地域へ向かう医師のために』(ともに医学書院)がある。



●前野哲博氏
1991年筑波大卒。河北総合病院で初期研修の後、筑波大病院総合医コース修了。川崎医大総合診療部、筑波メディカルセンター病院などを経て、2009年より現職。病歴から診断に迫るプロセスの思考回路をいかに言語化して研修医に伝えるか、日々工夫を重ね教育に取り組んでいる。日本プライマリ・ケア連合学会理事、日本医学教育学会評議員。編著書に『帰してはいけない外来患者』(医学書院)など。

重篤な疾患の見逃しを防ぐには

松村 では、そのような重篤な疾患を一般外来で見逃さないためには、外来診療の経験のある程度積めばよいのでしょうか。

山田 経験だけでは足りないと思います。フィードバックやカルテの見直しで気付くことも多いです。失敗には、自分の思考と行動パターンの癖、疾患におけるレッドフラッグの見逃しなど共通化できる部分が多くあります。外来診療のレベルを高めるためには、診療後にフィードバックを受けて、自分の失敗パターンを認識する瞬間を意識的に作る必要があると考えています。

小曾根 重大なポイントを見逃し痛い目を見れば確かに身につくのですが、結果的に大丈夫だった場合でも、例えばお腹が痛いケースで「なぜ、直腸診をしなかったのか」と誰かに指摘されることで身につくものもあるため、フィードバックは役立ちますね。

前野 痛い目にあうことで学ぶのでは患者さんに申し訳なく、またリスクです。皆が同じ症例に出合えるわけではないので、カンファレンスで失敗しやすいパターンを共有すれば、一人ができる何倍もの経験を得ることができます。

外来研修では学び合う機会を持つことが大切です。カンファレンスで見落としやすい自分の癖を自覚し、「帰してはいけないシグナル」を正しく自分の頭の中で見分けることができるようになると思います。

松村 具体的には、どのような研修を行えばよいのでしょうか。

前野 私の施設では、的確な臨床決断ができる思考のプロセスを研修医の頭の中に構築する外来研修を行っています。例えば、頭痛を訴える患者さんに対して、鎮痛薬を出して帰すのは同じでも、心配のない緊張型頭痛と判断して帰すのか、今後の精査は必要だが次の外来までは対症療法でいいと考えて帰すかをきちんと区別できるよう、決断に至るまでの思考のプロセスを一つひとつたどりながら指導しています。

求められる治療は患者さん一人ひとり違いますが、一度こういった思考のプロセスを身につければ多くの患者さ

んに応用できます。そのようにして、「この病歴があったら帰してはいけない」「この情報が決断の決め手」のような、多くの症状に共通する外来診療の“ジェネラル・ルール”(表)がその研修医の頭の中に出来上がっていくと、ポイントを外さなくなると思います。

初期研修医の外来研修は1症例に2時間!!

松村 ただ、「帰してはいけない患者」を見分ける方法を実際に教えていくのは、なかなか難しいことだと感じます。小曾根 ええ。今日初めて外来を担当するような初期研修医にフィードバックを行うのは、とても大変です。基礎知識がまだ不足しているため応用が効かず、指示通りのことしかできない人もいますし、予診票から想定して行った準備と患者さんのストーリーが異なったときに対応ができなかったりします。

松村 山田先生の施設では初期研修から外来研修をしていると聞きますが、どのように行っているのですか。

山田 初期研修医の初診外来では1回につき1つの症例に約2時間かけ、指導医がブースの近くで診察の状況を見ながら、随時ディスカッションするかたちで研修を行っています。まずはどのような診察を行っているかを確認するため、このようなスタイルをとっています。

というのは、初期研修医のプレゼンでは「腹痛はなかった」と言っているけど、ズボンを下げて下腹部を見ていないこともあります。診察所見自体が既に間違っているのですね。上級医としては、まずはそこに注意をしています。また、きちんと礼節をわきまえて診療に当たれているかをチェックしています。そして外来終了後に、他の研修医も参加する外来カンファレンスで診断に対する振り返りを再度行っています。

松村 最初は1症例に2時間もかけるのですか。

山田 2時間といっても、患者さんと向き合い続けるわけではありません。問診票から考えられる疾患や、質問が必要な事柄を予習したり、実際の診察で検査が必要であれば、検査の間にもう1回頭のなかを整理するという過程を踏むため時間が必要です。もちろん、慣れてくるに従って思考のプロセスが

●表 ジェネラル・ルールの例

- ★緊急性、重篤性、有病率、治療可能性から決断せよ!
- ★秒単位、突発で持続する症状は危ない!
- ★反復性の症状は(狭心症などを除き)たいてい安心!
- ★「〇〇がない」という陰性情報の聴取も重要!
- ★症状が軽い=軽症、とは限らない!
- ★症状のスピード、トレンド、持続時間から推定する!
- ★直感も大切にしよう!

『帰してはいけない外来患者』(医学書院)より。

あの患者を帰さなくてよかった! 胸騒ぎを決断に導く general rule が満載!

医学書院

帰してはいけない外来患者

編集 前野哲博 筑波大学医学医療系地域医療教育学教授
松村真司 松村医院院長

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者…、外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなる general rule をまとめた。外来診療で必要とされる臨床決断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

●A5 頁228 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01494-6]



外来研修の意義と学び方 座談会



●小曽根早知子氏
2004年筑波大医学専門学群卒。筑波メディカルセンター病院での初期研修を経て、08年より筑波大総合診療科で後期研修。11年より現職。現在は、筑波大総合診療科・筑波メディカルセンター病院外来・利根町国保診療所という異なる環境の三つの医療現場で診療および学生・研修医指導を行い、それぞれの現場での違いを意識した外来診療について後輩に指導している。



●山田康博氏
2004年久留米大医学部卒。同大での初期研修後、06年より国立病院機構東京医療センター総合内科での後期研修を経て現職。現在は、外来臨床推論から退院までの継続した診療と、幅広い年齢層と疾患を診ることができる病院総合医を、日々楽しみながら行っている。「病院総合医の道に進みませんか。同じ志を持つ方、いつでも募集中です!!」

簡略化し、スピードアップします。

根拠ある決断をするために

松村 ケースレビューの過程では、どんな指導を行っているのですか。
小曽根 症例をきちんと理解できているかが最も表れるのはプレゼンです。まずはプレゼンをしっかり行えるよう指導しています。検査の陰性情報が含まれ過不足ないプレゼンになっていればその研修医の基礎が固まっているとわかります。

鑑別診断では、最初は緊急度の高い疾患、次にコモン・ディージズを考えて、そのどちらでも説明がつかない場合は再診時に判断するなど時間をかけて診ていくよう、どんな主訴がきても通用する方法をなるべく伝えるようにしています。

松村 プレゼンの具体的な指導の方法を教えてください。

小曽根 主訴と病歴の最初の数行を聞いたところでプレゼンを止め、「ここまでの情報でどんな診断が考えられるか」と質問しています。

松村 プレゼンターが何を考えたかを、判断するのですか。

小曽根 もちろんそれもありますが、プレゼンターは答えを知っているのです、むしろ参加者に尋ねています。そうすることで、同じ状況で取るべき方針をチームで共有できます。「ここでこの疾患は外せないの、この質問は必須」と指導医が説明していると、それを患者に質問していなかったプレゼンターは青くなっていたりします(笑)。

前野 このようなスタイルを導入している背景には、実際に外来で求められる決断はリアルタイムで行うものであ

り、プレゼンを最後まで聞いてから考えるものではない、ということがあります。情報を限定してディスカッションを行うことで、指導医の思考のプロセスが参加している学生や研修医にも理解できるわけです。

松村 一度の外来では診断がつかない場合はどうするのですか。

前野 「一度帰して様子を見る」という決断をした場合は、その決断の根拠を聞いています。さらに、再診日をいつにしたのか、そしてそれはなぜか。また検査オーダーも、通常なのか緊急なのか。研修医がとった行動の根拠をできるだけ尋ねています。

松村 根拠ある決断をできるよう、指導しているのですか。

山田 私は失敗症例を気軽に話したり、相談しやすい環境を作ることに注意を払っています。失敗を恥じて言わない研修医はどうしてもいるのですが、全員が同じ症例を経験できないなかで、知っておいたほうが良い失敗例も絶対にあります。失敗を責めずに聞き、一般化できるフィードバックを付け加えるよう気をつけています。

松村 約20年前、私が外来研修を行ったころはそのような no blame culture はなく、「なぜ、これを聞かなかったのか」と厳しく怒られたものですが(笑)、症例の共有はとても勉強になりました。

小曽根 初期研修中は経験の濃淡により知識が抜け落ちている分野もあります。「帰してはいけない患者」に共通するジェネラル・ルールを理解できていると、いろいろな主訴にある程度対応できるので、症例を共有していくことは大事ですね。

外来研修がなくても学びの機会はある

松村 研修医のなかには、外来研修を受けたくても機会がない方もいると思います。そのような環境でも、外来診療で必要な力を身につけるための方法があれば教えてください。

山田 大事なのは症例の共有なので、一般病院や診療所など自分と異なる環境で診療している医師と、診ている患者の情報交換を行うのがよいと思います。私は、TFC メーリングリスト(http://www.interq.or.jp/cool/uro/tfc_w/)などに参加し、自分と違うセッティングの医療者と情報共有ができています。

小曽根 スキルアップという意味では、例えば雑誌などに載っている「この症例の診断は？」のようなクイズを基に、「そういえば、あの患者さんも似たような症状だった」と常に自分にフィードバックをかける意識ができれば、力をつけられると思います。

前野 最近は外来教育が注目され、各地でセミナーなどが開かれるようになってきています。筑波大でも水戸地域

医療教育センター(水戸協同病院)で徳田安春先生、小林裕幸先生を中心にオープンな勉強会を行っています。こういった動きは全国的に広まっているので、外来診療を学べる機会は昔より格段に増えています。

また、ITを利用した学習も充実してきており、ディスカッションの様子をUstreamにアップしたりSkypeで勉強会を行うグループもあります。将来的にはeラーニングやTVカンファレンスをもっと普及し、より学びやすい環境が増えていくと思っています。

松村 学ぶ手段は多様になってきているのですか。

前野 もう一つ個人的な意見なのですが、指導医と自分の見解が違ったり、コンサルトで思いがけない答えが返ってきたりした場合は、その理由を必ず聞くように研修医のころから私自身心がけてきました。答えが自分にとって意外なものであるならば、自分の思考プロセスと何が違うということですのでそこには自分のスキルアップを図る大きなチャンスがあるわけで、それを明らかにする振り返りを常に行うことが大事だと思います。

外来トレーニングで診療のスキルアップを

松村 基幹病院の診察では大丈夫と言われたものの、後から当院に来院された患者さんのなかには、「どうして、こんな状態で帰したのだろうか？」と疑問に思うことが時にあります。もちろん「後医は名医」ですので一概には言えませんが、見逃してはいけない「危険な状態」の共有感が外来担当医に少なかったのかなと感じています。

前野 外来は病棟とは異なる場であり、当直の延長では決してないという認識をまず持つことが大切ですね。研修中は忙しくあまり時間もありませんが、外来に特化したトレーニングが必要だという意識をぜひ持ってほしいと思います。

松村 一般の臨床医が一生のうちに経験する症例の95%は外来です。その95%の外来患者さんをしっかり診るためには、5%の病棟症例の研修のみでは不十分です。さらにその5%の経験も、直接残り95%に応用できるわけではないため、外来診療のトレーニングは必須ということですね。

前野 そして忙しいなかでは、やはり

実践的なところから学ぶことがスキルアップの近道でしょう。私と松村先生の編集でこのたび出版した『帰してはいけない外来患者』(医学書院)は、外来診療にフォーカスし、現場ですぐに役立つプラクティカルな知識をまとめたので、特にこれから外来に出る卒業3年目の後期研修医には手にとってほしいと思います。

松村 本書でも取り上げたジェネラル・ルールのような、どの症例にも当てはまる共通する考え方は、特に一般外来に関してはこれまで「あるようではなかったもの」と思います。私自身、このようなジェネラル・ルールはその都度実際に指導医から指摘されながら身につけてきた考え方です。

前野 そのような考え方を指摘される前に勉強で身につけられればよりよいですね。

松村 ええ。研修医の皆さんには、外来に特化したトレーニングを実践し、外来診療のスキルアップを行っていただければと思います。(了)

前版を全面刷新！
使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版

レジデントのための
腎臓病診療マニュアル

編集 深川雅史・吉田裕明・安田 隆

第2版



明らかになっている evidence を豊富に盛り込み、腎臓を専門としない内科医にとっても実地臨床で役立つ情報が盛り込まれ好評であったマニュアルの待望の改訂版(初版『レジデントのための腎疾患診療マニュアル』より改題)。慢性腎臓病(CKD)の概念を取り込み、内容を全面刷新。レジデント、総合内科専門医を目指す若手医師にとって必要な情報が精選された。さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版。

●A5 頁536 2012年 定価5,250円
(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00948-5]

医学書院

救急で診る患者にどう対応するか。
救急に関わるすべての医師必携書

今日の救急治療指針
第2版

監修 前川和彦・相川直樹
編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男
山田至康・坂本哲也



臨床の第一線で活躍している執筆陣による救急に特化した治療指針。救急外来で遭遇する症候・傷病に関して、「緊急度」と「重症度」を重視して編集。初療時の考え方や対応の仕方(最初にすること、重症度を見分けるポイント、入院の判断基準)など、救急の現場で役立つ知識が満載。

●A5 頁984 2012年 定価13,650円(本体13,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01218-8]

医学書院

自ら“つかみとる”学びを!! 自治医大「Free course-student doctor」制度

「地域で求められる総合的臨床力を有し、他職種と連携して地域の医療・保健・福祉の構築、実践、維持に寄与できる」医療人の育成を教育ミッションに掲げる自治医科大学。臨床実習(BSL)を国際基準*を満たす72週(4,5年次)に設定するなど、高度な臨床的能力を有する医師の養成に努めている。2010年度には、学内外のBSL、評価法のさらなる充実を目的に、新たな臨床教育システムが導入された(表1)。

新たな取り組みの中でもとりわけユニークなのが、成績上位者の自主性を伸ばすことを目的に企画され今年度開始された「Free course-student doctor 制度」だ。2011年11月30日に同大で開催された報告会では、7人の参加者が6か月間の経験を紹介した。本紙ではその様子をお伝えする。

「このコースを通して、医療者に必要な人間力の重要性を学ぶとともに、臨床現場で活躍する多くの先輩に出会い、将来のロールモデルを見つけた」。Free course-student doctor 制度の参加者7人のうちの一人、天野雅之さんの言葉だ。この制度は、5年次に受験する「5,6年次共通総合判定試験」で6年次学生の平均点を超える成績(医師国家試験の合格が担保される目安)を修め、さらに臨床実習の評価やAdvanced OSCEの成績が優秀な学生(最大10人)を対象に、6か月間、学内外の施設での臨床実習や研究の機会を与えるというもの。

本制度を企画した岡崎仁昭氏(医学教育センター長/教務委員長)は、「以前から、6年次の半年間が座学となることを懸念していた。特に5年次終了時点で医師国家試験の合格水準に達している成績上位者の向上心や知的探究心、自主性をより高めたいと考えた」と導入の経緯を説明。また、本制度の名付け親でもある高久史磨学長は、「将

来どのような分野に進んでも、チームワークが大前提となる。本制度を通してさまざまな経験を積み、優れたリーダーになってほしい」と期待を寄せた。

目標に則り自ら実習を企画

参加者は、6年次学生を対象とした統括講義の受講、卒業試験の受験が免除され、本来統括講義が行われる5月からの半年間を、自身で計画したプログラムに沿って学ぶ機会として与えられる。参加者の一人、中村晃久さんは、①情報を発信できる医師、②総合医として地域医療に貢献できる医師、③住民行政担当者—医療従事者の「わ」を広げられる医師、の3つを実習目標に掲げて学びの計画を立案。海外での実習のほか、学会発表や論文執筆を行うなど、充実した6か月間となったようだ(表2)。

他の参加者も、「開発途上国での国際貢献のために国際資格を取得する準備をしたい」「学内BSLで足りなかった部分を学びたい」「臨床研究を学ぶことで、地域医療を担いながら研究ができるという自信をつけたい」など、それぞれの目標に則って、初期臨床研修レベルの学内BSLや、学外施設での地域医療BSL、米国、カ



● Free course-student doctor 制度の参加者。

実現に向けて動いてほしい」。また、岡崎氏は次年度に向け、「この制度には、下級生のよい刺激となつてほしいというねらいもある。そのためにも、教員が一丸となって学生の学びを支援していきたい」と語る。その一方で、「こういった診療参加型BSLの充実を図るには、医師国家試験の在り方の見直しが必要」とも。

*

自治医大では卒業後9年間、都道府県知事の指定するへき地等の病院で勤務することが義務付けられている。「どこで研修しようが自分次第」。参加者の力強い言葉に、本制度のねらいがしっかり根付いていることを実感した。

*米国で臨床研修を希望する外国人医師に対して研修資格を認定するECFMGは、2023年以降、米国医学教育連絡協議会もしくは世界医学教育連盟の認証を受けた医学部卒業を要件としている。そこでは、医学部での臨床実習は72週以上が要求されている。

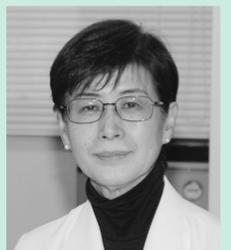
●表2 参加学生の実習例(中村晃久さんの場合)

実習先	時期(期間)	内容および行程
地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム2011	6月(2日間)	・地域医療に携わる住民・行政担当者・医療関係者が集まり、地域医療について意見交換をする場に参加し、将来地域医療に携わるときのイメージを膨らませる。
第15回日本医療情報学会	6月(2日間)	・医療情報について学ぶ。 ・プレゼンを聞き、自身の学会発表の参考にする。
第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会	7月(3日間)	・学会発表
江別市立病院	7月(8日間)	・総合内科での臨床実習
厚生労働省	7-8月(12日間)	・厚生労働省職場体験実習 ・医療計画制度に関する業務の見学
オレゴン健康科学大学 家庭医療学講座	8-9月(19日間)	・オレゴン州の関連医療施設(病院や診療所)にて臨床実習
第51回全国国保地域医療学会	11月(2日間)	・学会発表(その後、原著論文として雑誌掲載)

ミッションとして、自ら学ぶ楽しさを伝えてほしい 桃井真里子医学部長に聞く

本来勉強とは自分自身で“つかみとる”ものです。しかし、近年受け身の勉強しか身につけていない学生が増え、医学教育も例外ではなく、学生の“つかみとる”という意識を引き出すことに難渋するようになりました。新たな教育手法や仕掛けを考えなければいけない時代に突入しているのも事実です。そのようななかで開始した本制度は、学生の進度に応じてさまざまなチャンスを与えようという考えに立脚したものです。本学には、“地域医療に寄与できる人材育成”という大きなミッションがありますが、卒業後のキャリアはさまざまですから、学生自身が“なりたい医師像”を築き上げ、それに向けて経験を積んでいくことも重要です。計画立案から実行に至るまで、自分が何をすべきかを常に考えながら過ごしたこの6か月は、学生にとって非常に貴重な機会であったと思います。

このコースを経験した学生には、これからのミッションとして、自ら学ぶことの楽しさを下級生に伝えていってくれることを期待しています。



●表1 自治医科大学のカリキュラム(4-6学年)

4学年	5学年	6学年
診断学実習 臨床検査医学 臨床薬理学	地域医療2(院外BSL) 臨床解剖学 公衆衛生学 地域保健実習 緩和ケアII	総合医療IV 地域医療2
C-P-C/臨床講義		Free course-student doctor 制度参加者は免除
BSL(全日制・2週間ローテート)		統括講義
総合判定試験	5-6年次共通総合判定試験	卒業試験
選択制セミナー		5-6年次共通総合判定試験



●(左から)岡崎仁昭氏、高久史磨学長



●報告会のもよう。指導教官や同級生のほか、本制度に興味を持つ下級生の姿も見られた。

ハンディでコンパクトな中に産婦人科の診療情報満載!

産婦人科ベッドサイドマニュアル 第6版

好評ベッドサイドマニュアルの改訂第6版。各種診療手技、薬物治療、ガイドラインなど新知見を満載して大改訂。病棟で、外来で、産婦人科実地臨床に取り組む現場の医師の必携書。徳島大学産科婦人科学教室のスタッフの総力が結集した、最新・最強のベッドサイドマニュアル。

編集 青野敏博
前徳島大学学長
苛原 稔
徳島大学大学院教授・産科婦人科学分野



医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的かつ実践的に解説

ソーリー・ワークス! 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

Sorry Works! 2.0
Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims

米国で行われているSorry Works! 運動について解説した実践書の全訳。医療事故が起きた際にまず共感を表明(sorry)し、徹底した調査と情報開示を行い、必要な場合には謝罪と補償を行うという一連のプロセス、およびそれがもたらす利益について、とてもわかりやすくきめ細やかに書かれたマニュアルとなっている。病院責任者や医療安全管理者はもちろん、医療の質を高め、より良い医師—患者関係を築きたいと考える、すべての方々へ。

著 Wojcieszak D. et al
監訳 前田正一
慶應義塾大学大学院准教授・健康マネジメント小研究科
翻訳 児玉 聡
東京大学大学院医学系研究科講師・医療倫理学分野
高島響子
東京大学大学院医学系研究科・医療倫理学分野



REAL HOSPITALIST

「本物のホスピタリスト」をめざし米国で研鑽を積む筆者が、その役割や実際の業務を紹介しします。

石山貴章

St. Mary's Health Center, Hospital
Medicine Department / ホスピタリスト

Vol.14 ホスピタリストユニットとトヨタカイゼン方式

Here is our new floor, named the "Hospitalist Unit"!! (新しいフロアユニット, その名も「ホスピタリストユニット」だ!!) We will have a "Multi-Disciplinary Meeting", twice a week with nurses, case manager, social worker, physical therapist, and of course, each hospitalist. Do you like it? (これから週2回, ナース, ケースマネジャー, ソーシャルワーカー, 療法士, そしてもちろん, ホスピタリスト, 皆が集まってこのミーティングを行う。Multi-Disciplinary Meeting だ。気に入ったか?)

わが師匠 Dr. Vaidyan のカイゼン方式による, 当院におけるホスピタリストユニットの創設。今回は, これについて述べてみたいと思う。

初めてその原型を見せられたのは, 私がレジデンスを修了し, 彼の所属グループに入ることになった, そのときのことだ。米国内科専門医試験終了後ひと月の休暇の後, 病院に戻った私が見せられたのが, 様変わりしたその病棟方式であった。

正直言って以前, その病棟フロアは当時のわれわれレジデントの間でも, 決して評判は良くなかった。ナースた

ちはやる気のない者が多く, また, それを統率する者もいなかった。彼が, ホスピタリストユニットの母体をこのフロアにすると知ったとき, 皆一様に, 少し驚いたものだ。

彼がその病棟フロアを選んだ理由は, その後明らかになった。優秀なナーススーパーバイザー(上級ナース)の獲得と, それに伴う病棟ナースの教育。やる気のあるホスピタリストの獲得。そしてシステムのカイゼン。彼は次々と手を打った。病院内で評判が悪かった, いわばお荷物病棟, その改革とホスピタリストの仕事効率改善を, ホスピタリストユニットの創設というかたちで, 一挙に解決に持ち込んだわけだ。その手法はわが師匠ながら, 見事と言うほかない。

トヨタ工場内での, 動線をカイゼンするという話。それにヒントを得た, それまで病院内にバラバラに入院させていたグループ内ホスピタリストの担当患者を, 可能な限り一つのフロアユニットに集めるというアイデア。これによって, それまで病院内を駆けずり回っていたホスピタリストの動線を改善し, 時間の短縮とクオリティの改善につなげる。これは私がレジデント時代, 彼のもとでのホスピタリストロテーションの最中に聞いていた話だ。

それが数年を経て, ホスピタリストユニットの開設, というかたちで実を結んだことになる。

以前にも述べたが, このころの彼の口癖は, 「Toyota's Kaizen Methods (トヨタカイゼン方式)」であった。その入れ込みようはかなりのもので, それに関する新聞記事や論文を見せられた日本人である私は, 慌ててトヨタカイゼン方式の勉強をせねばならなかった。相当, 感銘を受けたらしい。

病棟は完全に新しく改築され, 新たにホスピタリスト専用のミーティングルームが設けられた。壁にフラットモニターが設置され, 電子カルテや画像を見ながらのディスカッションが可能となった。

そういったハードのカイゼンに加え, ソフトのカイゼンにも着手した。ナースとドクターとのコンビによる, 患者への退院時教育。全米規模での, 高齢患者の安全な退院(Safety Discharge)をめざす, BOOSTプログラムへの申し込み。大学病院以外からの申し込みは, 当院だけだったらしい。

何よりもメインは, Multi-disciplinary Meeting の開始であった。ナース, 理学療法士, 栄養士, そしてケースマネジャーやソーシャルワーカーなどが一堂に会し, ユニット内の患者管理に関し検討を行う。ホスピタリストはそのチームの中心となり, 患者管理の方向性をチームの皆に示す。日本の病棟ではよく見られる風景かもしれないが,

医師が個人の裁量で動くここ米国の医療システムにおいて, これは当初, かなり特異なものであった。当時, 全米レベルで問い合わせがあったことを, 今でも思い出す。われわれが所属するホスピタリストカンパニーである IPC でも, その全米ミーテ

ィングで当院が取り上げられた。

そしてそのフロアは, わずか数か月で, 見違えるものに変貌した。患者満足度も格段にアップし, 何より, 皆の働き方, 熱意が見違えるものとなった。システムのカイゼンもさることながら, Dr. Vaidyan のその情熱, やる気が皆に感染したものと, 私の目には映ったものだ。

I would like to apply this method to the other floors. (この方式を, ほかのフロアにも用いたいんだ。)

Our hospitalists can be the physician champions on each floor. (グループのホスピタリストが, それぞれのフロアでリーダーになって, 患者ケアを行うことになる。)

彼は最近, さらにこれを一歩進め, それぞれのフロアに専属のホスピタリストを配置する, という新たな試みを始めている。グループ内のホスピタリスト数が増加し, そしてそのおのおのが, 適切なレベルまで達したと判断した時点で提唱した, 新たなカイゼンのアイデアであった。ワンフロアで対応できなくなってきた患者数の増加を, ホスピタリストユニットをひな形にしたほかのフロアのカイゼンで, 対応しようというものだ。

これら一連のカイゼン劇を, 私はその最前列で見続けることができた。これは, 本当に幸運だったと言っている。そしてこの一連の改革が, 彼を ACP (米国内科学会) 全米トップ10 ホスピタリストの一人に選出させることとなる。2009年のことであった。

今回は最終回。これについて, 述べてみたい。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストユニット
トヨタカイゼン方式の応用による, 病院システムの改革。ホスピタリストの担当患者をでき得る限り一つのフロアユニットに集めることで, 医師の動線の改善, それに伴う時間の短縮とクオリティの改善, より良い医療チームの構築を可能にした。



厳しい冬のセントルイス。数少ない楽しみのひとつが, ウィンタースポーツ観戦だ。プロアイスホッケーチーム「St. Louis Blues」の活躍は, 市民の冬を熱くさせる。今回は, そのゲームと会場の様子を写真で。余談だが, 一眼レフで撮影していたら, 「高機能カメラでの撮影お断り」とクレームを食ってしまった。そのため, 限られた枚数からの2枚です。

2 内科臨床誌 *medicina* Vol.49 No.2 下痢と便秘 今日的アプローチ

INDEX

- I章: 病態生理—どうして起こるのか?
- II章: 診断アプローチの手順
- III章: 検査のトピックス
- IV章: 下痢症へのアプローチ
- V章: 便秘症へのアプローチ
- VI章: 便通異常をきたしやすい病態と対処法
- VII章: 座談会「日常診療で便通異常にどう対応するか」

●1部定価 2,625円(税込)

▶2011年増刊号(Vol.48 No.11) 内科疾患 インストラクションガイド 何をどう説明するか ●本号特別定価 7,560円(税込)

連載

- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 演習・循環器診療 —ピットフォールに陥らないために
- アレルギー・膠原病科×呼吸器内科 合同カンファレンス
- 医事法の扉 内科編
- Festina lente
- 感染症フェローの シンガポール見聞録
- 研修おたく 指導医になる 新

▶来月の主題 (Vol.49 No.3) 内科医のための 気管支喘息とCOPD診療

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

medicina 2 下痢と便秘 今日的アプローチ

JIM 2 One step up 水・電解質・体液管理

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim

プライマリケア/総合診療のためのJIM Journal of Integrated Medicine

Vol.22 No.2 特集 One step up 水・電解質・体液管理

水・電解質管理は診療の基本知識・技能として教えられ,ほとんどの医師はその基本を身に付けていると思います。しかし, 外来での微妙な電解質異常への対応や, 病棟から離れた在宅などでの制限のある環境でどのような注意点があるのかなどは, 一段高いレベルの知識・技能といえるでしょう。今回の特集では, 基本知識を踏まえたうえでワンステップアップの内容が学べる特集を企画しました。

INDEX

- 【総論】 液体恒常性維持メカニズム 安達崇之・柴垣有吾
- 【ここまで押さえておきたい水・電解質・体液管理】
- 尿中のpH, 電解質, 尿素窒素の測定からわかること 赤井靖宏
- 高齢者の水・電解質・体液管理の注意点 野村篤史・志水英明・藤田芳郎
- 低Na補正の注意点と過剰補正への対処法 片岡仁美
- 中心静脈栄養の最近の進歩 國永直樹・福岡敏雄
- 【外来在宅で困った水・電解質・体液管理】
- MRHE か SIADH かで鑑別に苦慮する例 宮崎理
- リチウム製剤を慢性的に内服している患者が, 経管栄養になり実質上の水制限になり, 腎性尿崩症が顕在化, 高ナトリウム血症となった症例 藤原直哉
- 高齢者における脱水予防の必要性とジェネラリストの役割 木村琢磨
- 四肢脱力で来院した31歳男性 廣瀬知人
- 立ちくらみから, 嘔吐が原因の低K血症と診断された24歳女性 山本由布・小曾根早知子
- リハビリをしないCaが上がる? 江本賢
- フロセミドから, 骨粗鬆にもよく血圧にもよいと, サイアザイド系利尿薬に変えた途端に, 低Na血症をきたし, 担当医が外来で慌てた認知症合併高齢女性の1例 杉本俊郎
- アルコール依存症によるビタミンD欠乏が原因と考えられた低Ca血症の1例 倉田毅
- 【スペシャル・アーティクル】 在宅医療における水・電解質・体液管理の必須知識 「基本にかえろう! なにをいってもバイタルサイン・身体診察」 横井徹

▶来月の特集 (Vol.22 No.3) チームを動かすコンサルテーション ●1部定価 2,310円(税込)

昨日、ファカルティ・ディベロップメントの講義を受けた。救急医の含蓄ある講義の後、「救急では、病態を把握し正確に素早く治療することだけでなく、困っている患者にその解決方法を伝えたり、解決の糸口をともに考えることが大切なんだな」と振り返っていたあなたに、看護師から「先生、今日は救急当番ですよ。忘れていませんか？」との連絡が入る。「あっそうでした！ 今から行きます」と答えると、「早速入電しています。もしかしたら精神科関連の患者さんかもしれません」とのこと。

CASE

18歳女性。既往や服用中の内服薬は特になし。薬剤アレルギーなし。呼吸困難感にて苦しんでいるところを友人が救急要請。呼吸困難感、窒息感、胸痛、四肢の感覚異常、動悸を訴える。

血圧 110/78mmHg、脈拍数 105/分、呼吸数 50/分、体温 35.8℃、SpO₂ 98% (RA)。過呼吸と苦悶の表情がみられる。やや痩せ型。頸静脈の怒張は認めない。心音純。肺野清。腹部の圧痛や膨隆は認めない。四肢の腫脹やチアノーゼは認めない。手指は伸展し、母指の内転、他の4指は中手指関節で屈曲している。

「過換気症候群でしょうか？ 紙バックを持ってきますか？」と看護師。

Question

Q1 過換気症候群の診断において必要なステップは何か？

A 除外診断。

これまで紹介してきたように、過換気症候群では、糖尿病性ケトアシドーシス、肺塞栓、発作性上室性頻拍などの不整脈、心筋梗塞、ギラン・バレー症候群、中毒、アルコール離脱、麻薬離脱、など多様な鑑別診断が考えられる。症状が初めてというケースでは、詳細な病歴聴取と身体診察が必要となる。

特にSpO₂が下がっている場合には、過換気症候群と診断してはならない。またSpO₂が正常でも、他の病態の除外にはつながらない場合がある。若い患者で代償能が高ければ、過呼吸によって酸素化を保つことが可能であるからである。

それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴



わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が注目されています。また、臨床研修とともに救急部における臨床教育の必要性も認識されています。一見初期研修医が独立して診療可能にも見える夜間外来にも患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

志賀 隆 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急部長

年齢が若く特に既往のない患者に、典型的な呼吸困難感、めまい、非典型的な胸痛、動悸、頻呼吸、しびれ、手足のテタニーなどが認められた場合に診断を考える。特に、頻呼吸が収まってしばらく経ったときにバイタルサインや症状が軽快していれば、検査の実施を最小限にとどめることができる。

血液ガス検査は、典型的な複数の症状がみられない患者、頻呼吸が持続する患者、呼吸障害を疑う病態の患者にて必要となる。典型的な病歴・身体所見のない若い患者で、救急部での観察後に症状・バイタルサインが軽快した場合には、他の病態が疑われない限り、必ずしも全例行う必要はないだろう。

非典型的な胸痛を認めた場合も、肺塞栓除外基準（本連載第1回、2870号参照）が陰性で、心電図や胸部X線上に特に異常が認められなければ、さらなる検査は不要な場合が多い。

以前にも過換気症候群のためのワークアップがなされていたか、診断されたことがあるかどうかは有用な情報であるため、問診にて確認することが望ましい。

Q2 ペーパーバッグ法は勧められるか？

A 勧められない。

ペーパーバッグ法を勧められない理由を下記に挙げる。

1) 前述のように、過換気症候群は除外診断である。診断がつかない状態で

ペーパーバッグ法を行ってしまう危険性がある。肺塞栓や心筋梗塞、ギラン・バレー症候群の患者にペーパーバッグ法を行うことは、診断の遅れをもたらすだけでなく、病態の悪化にもつながる¹⁾。

2) 近年、過換気症候群の原因は、CO₂の減少よりも不安な心情など精神的側面が主ではないかと見直されるようになった。理由は、発作中のCO₂が下がっていない症例が見つかるからである²⁾。

3) 過換気症候群の発作中の患者は、ペーパーバッグに向かって息を吹き込むという作業をすること自体苦しいことが多い。

4) ペーパーバッグ法を行うことによる低酸素症の発症や死亡症例が報告されている³⁾。

5) 高炭酸ガス血症自体が過換気症候群の発作を引き起こす患者もいる。

Q3 ベンゾジアゼピン系薬剤を投与する際に気を付けるべきことは何か？

A 注射薬を使わないこと。依存症に陥らないようにすること。

過換気症候群の急性期症状に苦しんでいる患者に対し、すぐにベンゾジアゼピン系薬剤を使うかどうかは、救急医にとって、人道的な立場から考えても非常に難しい選択である。しかしながら、今後何度も救急部に搬送される可能性のある患者の長期的な経過を考えると不可欠と言えよう。

確かにベンゾジアゼピン系薬剤の注射薬を使えばその場では症状が軽減さ

れる。ただ後述のように、薬剤療法のほかにも有効な治療法があるため、「救急外来を受診しなければ苦しい症状から解放されない」という患者の認識を強化することを避けるのが、長期的な視点から考えても好ましい。

また、ベンゾジアゼピン系系内服薬を処方する際にも気を付けねばならない。長期的なベンゾジアゼピン系薬剤の使用は依存を生じやすい。また、突然の中断は痙攣など中枢神経系の症状などを引き起こす。そのため、ベンゾジアゼピン系薬剤の処方が必要な場合には限られた量にとどめ、精神科医の正式な診察を受けることを勧めるなどの配慮が必要である。

Q4 過換気症候群の有効な治療法は何か？

A 腹式呼吸など。

腹式呼吸によって呼吸数を減じること、患者の気をそらすことができる。発作時に、自身で対処法を知っていれば、患者に安心感を与えることにつながる。過換気症候群の患者をフォローした研究にて有効性が示されている³⁾。

Disposition

指導医が問診にて確認すると、以前にも似たような頻呼吸の発作があり、救急外来を受診して注射にて治療されたことが明らかとなる。問診と身体所見などから重篤な身体疾患を疑う状態ではないことを伝えて経過観察したところ、症状は軽快。危険な病態を疑う検査所見もなかったため、帰宅とした。

帰宅前に、ベンゾジアゼピン系薬剤の注射は必ずしも必要ではなく、腹式呼吸など自身を落ち着ける方法を身につけること、精神科の外来でフォローを受ける必要があることを伝えた。

Further reading

- Callahan M. Hypoxic hazards of traditional paper bag rebreathing in hyperventilating patients. *Ann Emerg Med.* 1989; 18 (6) : 622-8. ↑ペーパーバッグ法の問題点に関する論文。
- Folgering H. The pathophysiology of hyperventilation syndrome. *Monaldi Arch Chest Dis.* 1999; 54 (4) : 365-72. ↑過換気症候群の定義や病因について再検討している論文。
- DeGuire S, et al. Breathing retraining: a three-year follow-up study of treatment for hyperventilation syndrome and associated functional cardiac symptoms. *Biofeedback Self Regul.* 1996; 21 (2) : 191-8. ↑腹式呼吸の有用性を確認した論文。

Watch Out!

過換気症候群は除外診断である。救急医にとって陥りやすいわなは、診断仮説の早期閉鎖である。頻呼吸が治まらない場合、典型的な症状がそろわない場合、中年や高齢の場合など、常にアンテナを張って頻呼吸の原因検索に臨む必要がある。

過換気症候群へのペーパーバッグ法は勧められない。また、安易なベンゾジアゼピン系薬剤の使用や外来処方では依存をもたらす可能性があり、注意が必要である。

更年期・老年期外来における診療上の疑問や悩みを解決!

<Ladies Medicine Today> 更年期・老年期外来ベストプラクティス 誰もが知りたい104例の治療指針

更年期・老年期外来において対応に迷う頻度の高い諸問題に対して、具体的な指針がほしいという現場からの要望に応じて企画された。Q&A方式で、当該領域の専門家が最新の治療指針を解説している。診療の概要、治療方針、対処の実際、処方の際の要点などが簡潔明瞭に記載され、診療上の諸問題に即応できる実践的な内容である。

編集 神崎秀陽 関西医科大学教授・産科学婦人科学



血液透析の基本と透析患者のマネジメント方法を、やさしくかつ実践的に解説

レジデントのための 血液透析患者 マネジメント



門川俊明 慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター 講師

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会は多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。

■目次

- 第1章 マネジメントに必要な血液透析の基礎知識
- 第2章 保存期→透析導入患者のマネジメント
- 第3章 維持血液透析患者のマネジメント
- 第4章 急速に腎機能が悪化する患者のマネジメント
- 第5章 アフェシス

●A5 頁200 2011年 定価2,940円 (本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01387-1]

シリーズ監修
高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第12回

梅毒検査

学ぼう!!
検査の
使い分け

TP法
◆
STS法

〇〇病だから△△検査か……、とオーダーしたあなた。その検査が最適だという自信はありますか? 同じ疾患でも、個々の症例や病態に応じ行うべき検査は異なります。適切な診断・治療のための適切な検査選択。本連載では、今日から役立つ実践的な検査使い分けの知識をお届けします。

高木 康

昭和大学教授・医学教育推進室

●梅毒検査には、病原微生物の梅毒トレポネーマ (TP) を抗原とした検査 (TP 法) と類脂質抗原を用いた STS (Serologic test for syphilis) 法の 2 種類があります。両法とも TP 感染により生体に産生される抗体を検出することで梅毒感染の有無を判定する手法です。検出する抗体を認識する抗原が異なるため、これら 2 法の臨床的意義は異なります。今回は、梅毒検査での両法の使い分けについて解説します。

梅毒の検査法

梅毒トレポネーマ (TP) は血中で検出されることは少なく、TP 感染により生ずる初期硬結や、硬性下疳あるいは扁平コンジローマなどの湿潤性第 II 期疹を摩擦拭拭し、深部から湧き出した刺激液をスライドガラスに塗抹して染色する方法で検出しますが、検出率は悪く、手技も煩雑で日常的には行われません。

現在、梅毒感染の有無は、TP 感染により生体に生ずる抗体を検出することで行います。抗体検査には 2 種類あり、TP 自体を抗原として用いる TP 法と類脂質を抗原とする STS 法があります。前者は TP そのものに対する抗体を検出するため、TP 感染に特異的です。一方、後者は TP により破壊された組織に存在するカルジオリピン様物質に対する一種の自己抗体を検出するもので、TP 感染以外の病態・感染症などでも陽性となることがあります。STS 法は、感染初期から陽性となり、しかも治療により陰性化するため、治療効果判定の指標としても使用されています。

TP 法には TPHA 法、FTA-ABS 法、TPI 法、TPLA 法などが、STS 法には補体結合反応 (緒方法、Wassermann 反応)、梅毒凝集法、ガラス板法 (VDRL 法) の STS3 法のほかに迅速測定に優れた RPR 法などがあります。

梅毒検査を行うとき

梅毒 TP への感染が疑われるときのほか、STS 法における BFP (Biological False Positive: 生物学的偽陽性反応)

が診断基準となっている疾患が疑われるときにも測定されます。

症例

1 68 歳男性。陰部皮膚炎を主訴として来院。3 週間前から陰部に痛みのない硬結が出現し、潰瘍を形成するようになった。意識清明。身長 167 cm、体重 56 kg。体温 36.8℃。血圧 128/82 mmHg。血液所見: 赤血球数 337 万/ μ L、Hb 11.2 g/dL、白血球数 7400/ μ L (好中球 68.0%、好酸球 4.2%、好塩基球 0.9%、単球 9.1%、リンパ球 17.8%)、血小板数 25.1 万/ μ L。血液生化学所見: 血糖 97 mg/dL、総蛋白 6.8 g/dL、クレアチニン 0.82 mg/dL、AST 19 U/L、ALT 16 U/L。免疫学的所見: CRP 0.3 mg/dL、梅毒検査: STS 法 (ガラス板法陽性、凝集法陽性)、TPHA 法 (陽性、 $\times 640$)。

症例

2 35 歳女性。上部消化管内視鏡検査のために来院。身長 156 cm、体重 48 kg。体温 36.2℃。血圧 108/68 mmHg。血液所見: 赤血球数 452 万/ μ L、Hb 12.9 g/dL、白血球数 8700/ μ L (好中球 81.1%、好酸球 0.1%、好塩基球 0.1%、単球 1.8%、リンパ球 16.9%)、血小板数 23.3 万/ μ L。血液生化学所見: 総蛋白 7.5 g/dL、クレアチニン 0.58 mg/dL、総コレステロール 187 mg/dL、AST 19 U/L、ALT 14 U/L。免疫学的所見: CRP 0.04 mg/dL、梅毒検査: STS 法 (RPR 法弱陽性)。

●表 1 梅毒の経時的な臨床症状と検査の陽性率

分類	期間	臨床症状	陽性率		
			VDRL 法	TPHA 法	FTA-ABS 法
第 I 期	感染後 3—90 日、平均 3 週	硬性下疳、局所リンパ節腫脹 (無痛性)	72%	50—60%	91%
第 II 期	感染後 2—12 週、平均 6 週	発疹、全身リンパ節腫脹、微熱、髄膜炎	100%	100%	100%
潜伏梅毒	感染後数か月—4 年後	無症状、25% は II 期症状が再燃することがある	73%	98%	97%
第 III 期: 晩期梅毒	感染後約 3 年以上	無治療例の 33% に発症 ①神経梅毒 (8%) ②心血管系梅毒 (大動脈炎 10%) ③骨、皮膚などに梅毒性肉芽腫 (15%)	77%	98%	99%

大楠清文: 梅毒血清反応 (STS)。中原一彦 (監): パーフェクトガイド検査値事典。総合医学社、2011 より引用。

症例 1 は、陰部の硬結、潰瘍で受診しており、患者との医療面接でも梅毒感染が疑われたため、STS 法と TPHA 法を行いました。結果はともに陽性で、梅毒と診断されました。直ちにペニシリン製剤を 8 週間投与した結果、ガラス板法が $\times 128$ から $\times 4$ に低下し、TPHA 法では初診時 $\times 640$ が $\times 1280$ まで上昇した後、4 か月後に $\times 640$ まで低下し、1 年後には陰性となりました。ガラス板法には TPHA 法より早く陽性になり、しかも治療により抗体価は低下するという特徴があります。

症例 2 は、内視鏡検査のための事前検査で RPR 法が弱陽性となった症例です。医療面接では感染を疑わず、追加検査で行った TPHA 法や FTA-ABS 法が陰性であることから BFP を疑い、自己抗体を検査しました。リウマトイド因子や抗核抗体、ss-DNA、ds-DNA をはじめとする自己抗体は陰性でした。

BFP と関連して近年注目されているのが抗リン脂質抗体症候群です。抗リン脂質抗体 (抗カルジオリピン抗体、抗カルジオリピン- β -グリコプロテイン I 複合体抗体、ループスアンチコアグラント) は、動静脈血栓症や習慣流産などの原因となる自己抗体で、特発性血小板減少性紫斑病の原因との関連も推測されています。STS 法陽性で、TP 法陰性の場合には、抗リン脂質抗体を検査する必要があります。

TP 法と STS 法の解釈

梅毒感染症の検査に 2 種類の抗体法を併用するのは、TP 法と STS 法とで異なる特徴があるためです。STS 法は TP 法より早期に陽性化し、治療により陰性化します。実際、STS 法では感染後 3—4 週間で陽性となるのに対し、TPHA 法ではそれより 2 週間ほど遅れて陽性となることが多いです (表 1)。

STS 法だけが陽性となる場合は、

●表 2 STS 法と TPHA 法との総合判定

STS	TPHA	解釈
-	-	・梅毒感染がないとき ・梅毒感染のごく初期 (極めてまれ)
+	-	・梅毒感染の初期 ・BFP
-	+	・治療後の梅毒 ・TP 法での偽陽性 (ハンセン病、異好抗体、伝染性単核球症、梅毒以外の TP 感染) ・感染後、長時間経過したもの
+	+	・梅毒非治療 (早期から晩期) ・梅毒治療後の抗体保有者

BFP が考えられます。BFP は 20—30 歳の女性に多く出現します。出現頻度は約 1.6% とされ、妊娠、肝疾患や膠原病・自己免疫疾患 (SLE では診断基準の 1 つ) で高率に出現します。BFP の抗体価は一般的に低値で、疾患の経過とともに陽性となったり、陰性となったりすることが多いのが特徴です。

TP 法と STS 法が陽性であれば梅毒感染と診断可能ですが、治療を特に行わなくても長時間経過した場合にも STS 法は陰性となります。なお、TPHA 法でも偽陽性反応があり、ハンセン病、伝染性単核球症、異好抗体、あるいは梅毒 TP と共通抗原を持つ TP による感染でも陽性となりますが、頻度は極めて低く、他の検査を参考にして診断することが可能です (表 2)。

まとめ

梅毒感染が疑われる場合には、STS 法と TP 法の検査を行います。これらは、感染後に陽性となる時期と臨床的意義が異なるため、利用に当たってはその特徴を十分に知っておく必要があります。梅毒は STD (性感染症) ですが、BFP の可能性もあり、プライバシーの点からもその解釈・診断については慎重に行うべきです。

ショートコラム

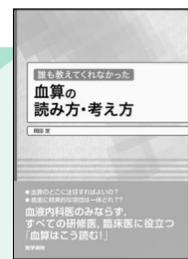
STS3 法や TPHA 法は、試薬の調整・検査手技が煩雑であり、多数検体を処理することや検査の自動化は困難でした。しかし、現在ではラテックス粒子を担体として類脂質抗原や TP 抽出物を感作させたラテックス凝集自動化法 (RPR-LA 法や TPLA 法) が開発され、多くの大規模病院の検査室や検査センターでは利用されています。この方法は従来の STS3 法、TPHA 法より感度が高いため、治療により完治しても陰性とならない症例もあります。検査の感度向上により、臨床上的解釈を変更しなければならない場合もでてきています。

血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

誰も教えてくれなかった
血算の読み方・考え方

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。

岡田 定
聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長



分かりやすく、実践的な漢方医学の入門書

症例から学ぶ和漢診療学 第3版

世界中で訳された、和漢診療学を志すすべての人々にとっての定番書の、待望の改訂第3版。日々蓄積される漢方のエビデンスを紹介し、症例も現在行われている医療をベースにし、より分かりやすく、より親しみやすく和漢診療を学べる。

寺澤捷年
千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長



韓国医療の現場

患者はほとんどがソウル市内の大規模病院への受診を希望しており、常に患者でごった返している。一方で、地方には規模が小さな病院しかない。この医療格差が非常に大きく、日本とは社会保障の面で異なる部分があるのではないかと思う。日本でも中央志向はあり、地方で医師不足が叫ばれているとはいえ、実際にはそれなりに分布している。日本、韓国ともに良し悪しはあるが、これからの医療は世界各国の医療現場をお互い参考にしながら行っていかななくてはならないと感じた。

韓国の研修医からのメッセージ

最後に韓国の研修医からのメッセージを紹介しよう。「韓国では研修病院の選択の際に大学の関連施設に行くことが多いので、そこは日本とは異なる部分だね。専門科では、米国の傾向と同じく眼科や皮膚科が人気。研修医の生活はかなり大変で、特に1年目は2日に1回の割合で当直なんだ。研修の最初が大変なのは、世界中変わらないかもしれないね。韓国の医学教育もどんどん発展しているけど、今後さらに進歩していく必要があると思っている。日本との交流は盛んで、多くの日本の医師が年中韓国に来ているのでぜひ皆さんも遊びに来てください」

個人的な印象だが、兵役の影響が日本との違いを生んでいると感じた。兵役が自分の義務を果たすという韓国医師の芯の強さを形成しているのではないだろうか。中央集約的な病院では、大規模臨床と最先端の研究が行われており、ここに行けば最高の医療を受けられるのではないかと強い期待感を抱かせる。このほか、出会ったどの医師も熱い思いを持っていたことも、韓国のカラーだと思う。

韓国では少数の最先端病院に資源を集約し、日本より進んだ技術を持ち、大規模な臨床試験を行う医療現場があった。また、さまざまな欧米の病院とのコラボレーションが行われていることが見学からうかがえた。見学でお世話になった韓国の医師たちは皆フレンドリーで、われわれ日本の医師も一緒に学んでいけるのではないかと感じた。日本の医師も良い医療環境の構築に向けて頑張っているが、さらに「頑張ろう、日本」と、感じさせられる見学であった。

みずのあつし ●2005年京大医学部卒。神戸市立医療センター中央市民病院にて初期研修、聖路加国際病院にて後期研修。同院内科チーフレジデントを経て、現職。今年も研修に役立つことをとどろん発信していきたいと思っています。読者とのコラボレーションも大歓迎です!!

臨床研修ええとこどり!! around the world

研修病院見学ルポ [番外編]

「研修病院見学ルポ」(「週刊医学界新聞」連載、2009年5月-10年4月)での日本の研修病院見学に加え、かねてから行きたかった世界の病院見学。「世界の中で日本を知りたい」という思いを胸に、若造でしかわからない何かを求めて旅に出た。相も変わらず一部の研修病院についての主観的な報告だが、各国での初期研修の実際や研修医のその後の進路を紹介し、日本にも生かせる「ええとこ」を見つけていけたらと思う。さらに熱い日本をめざして。(全4回)

水野 篤 聖路加国際病院 循環器内科

第1回 韓国 [編] 人口—4887万人(2010年)。人口密度は日本よりも高い(韓国488人/km²、日本343人/km²)。見学病院—アサンメディカルセンター(2680床)、サムスン医療院(1951床)、延世大学セブランス病院(1006床)

Family Practiceも1つの専門医の分野であり、Family Practiceの専門医とそうでない開業医では収入が違うそうである。

このなかでやはり特徴的なのは兵役。研修を中断するというデメリットはあるが、兵役のような制度があるからこそ韓国人男性のあの男らしさ、はかないようなさわやかさがあるのかもしれない(私見)。また臨床研究に向かう姿勢にも日本との間に違いを生んでいるのかもしれない。

臨床+研究

見学した3病院はすべて1000床を超える大規模病院であり、外来患者数も多い。日本と最も異なるのは、上記の病院は研究施設である上にさらに救急を含めた一般臨床も充実していることだ。つまり日本では、臨床研修を行う場合に大学病院はcommon diseaseが少ないなどという意見が散見されるが、そのようなことは韓国ではない。実際アサンメディカルセンターには、救急外来だけでも3つある(小児救急センター、一般救急センター、がん関連の救急センター)。Common diseaseを含め、多数の症例に暴露される臨床研修。これは日本の研修医からすればうらやましい環境だろう。しかも、世界レベルの研究が行える。必然的にそのような大規模施設で臨床研修を行うことが明確なキャリアプランとなっているようだ。

キャリアの選び方

レジデントに話を聞いたところ、韓国の医学生は「Common diseaseを診たいから一般病院」というようなことではなく、自身のめざす専門分野が強い施設に行きたいというように、専門志向での選択が強いと思われる。インターンやレジデントの間でも論文執筆が盛んである。ある病院では、筆者の目の前で自分の名前をPubMedで検索

して自身の論文を示すレジデントもあり、カルチャーショックであった。自分を表現しようとするエネルギーを強く感じた。各病院は欧米の病院と協力体制を敷いており、交換留学などの制度もあるようだ。これは日本も同じであろうが、1つの病院だけで臨床、研究に加え留学まで可能、つまり介入可能な医学教育のほとんどを受けることができる大規模病院で研修を受けたいと医学生が考えるのは当然だろう。キャリアプランニングとしても非常にわかりやすいため、都市の病院に医師が集中するのも無理はない。

病院のアメニティ

設備は3病院とも非常にきれいのひと言。アサンメディカルセンターの健診センターやセブランス病院は、ホテルかと思ってしまうほどだ。サプリメントの販売店やフードコートも備わっており、非常に快適な空間である。日本でも設備が充実した病院が増えてきているが、こちらの充実っぷりには最初唖然とした。この点だけで自分もこの病院に来たいと思ってしまう。

教育ツール

内科の医師は日本と同じようにポケット版のマニュアル本を使用しているようだ。カンファレンスも教育的なものから各科のDutyのものまであり、日本と同じような雰囲気であった。各病院、各科ごとでもマニュアルが作成されているようで、学習に非常に役立つ内容のものもあった。麻生飯塚病院(2833号参照)と同じような共有スライドも大量に作成されており、閲覧が可能となっている。このようなツールがデジタル管理され、迅速に教育に生かされているのは時代の流れだと実感した。IT技術の進歩は世界中の医学教育現場に等しく大きな影響を与えている。

WHOで感染症と闘い続けた尾身茂氏が語る奮闘記

WHOをゆく 感染症との闘いを超えて

著者の尾身茂氏は、WHOアジア西太平洋地域における小児麻痺(ポリオ)根絶の立役者。また21世紀最初の公衆衛生の危機となったSARS対策でも陣頭指揮をとり、日本に戻ってからは新型インフルエンザ対策で活躍した。『公衆衛生』誌の連載をもとにした本書であるが、3.11後の医療・社会について加筆されている。本書は、まさに感染症と闘い続けた尾身氏の奮闘記。志とは? 覚悟とは? 己との格闘とは? 自ら道を拓こうと欲する、若者に贈る。

尾身 茂 自治医科大学地域医療学センター



第1回

1回は韓国。韓流スターやタブレット型端末などからわかるように、多分野で国際競争力を持つ国だ。果たしてこの国の医療現場はどうなっているのか? 病院見学の一部のみですが紹介します。

韓国では、3つの病院を見学できた。アサンメディカルセンター、サムスン医療院、延世大学セブランス病院である。延世大学周辺は若者が非常に多く、街並みは東京の原宿のようであり、学生たちの活気あふれる雰囲気は万国共通だなあと実感した。

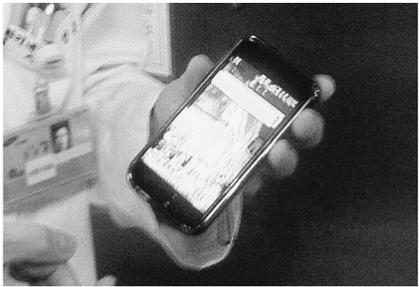
韓国の医学教育制度

まず、韓国も当然医師免許を取らなければ医師になれないが、取得のためには日本と同様の医学教育施設に入る必要がある。制度は大きく6年間(一般教養2年+医師教育4年)の医学部課程もしくは医学部以外の大学(4年)+4年間の医師教育(いわゆるメディカルスクール)に分かれる。聞いた話では、長期間の教育が敬遠されてなのか、日本と同じような6年間の医学部を選択する傾向が強いとのことだ。

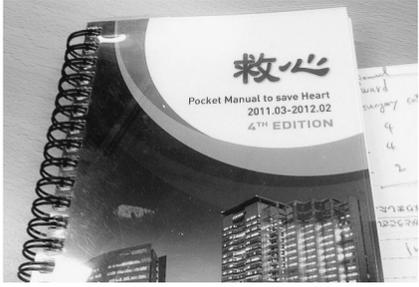
卒後は、インターンという1年間の全科ローテーションを経て、4年間のレジデントに進む。その後、男性は通常約3年の兵役に従事し、終了後にフェロシップに進む。医学部卒業と同時に開業が可能であり、どの科でも標榜できるようだが、米国と同様に



病院のロビーはホテルさながらであり、コンサートなども頻回に行われているようだ。



サムスン医療院の院内携帯。スマートフォンだ。



サムスン医療院の循環器のポケットマニュアル。非常に秀逸であった!!

ツボを押さえれば精神科は楽しい! カスガ先生、これならやっつけそうです!!

援助者必携 はじめての精神科 第2版

誰も教えてくれなかった精神科のツボを、誰にもわかるように解きほぐしてくれたと大好評の初版に、認知症、新型うつ、パーソナリティ障害など新たな「困りごと」とその解決策を示しました。はじめて精神科に足を踏み入れたとき誰もが感じる「不安」の元に分け入る超実践的アドバイス集。ホントの言葉は、軽くて深い。

春日武彦 精神科医



循環器で
必要なことは
すべて
心電図で
学んだ

第22回

循環器疾患に切っても切れないのが心電図。でも、実際の波形は教科書とは違うものばかりで、何がなんだか分からない。そこで本連載では、知っておきたい心電図の「ナマの知識」をお届けいたします。あなたも心電図を入りに循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

安定狭心症はどれだけ「安定」しているか？

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

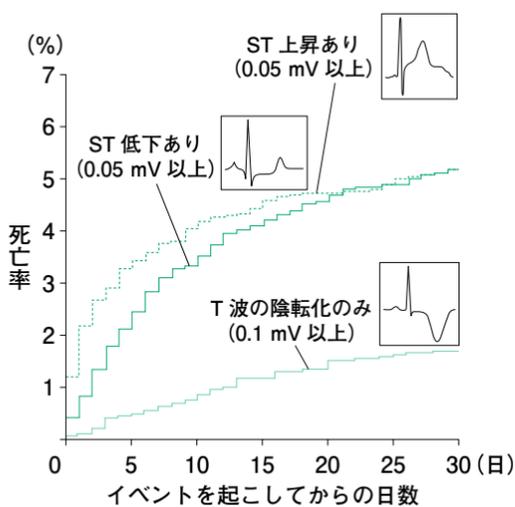
「安定」vs.「不安定」狭心症

安定狭心症。循環器内科でよく見かける疾患ですね。これに対して不安定狭心症という疾患も存在します。いずれも今日のような冬の寒い日に胸に重苦しさを感ずり、「うーん苦しい」と患者さんが訴えるところが特徴的な疾患です(本稿は2012年元旦に執筆しております)。そもそも狭心症とは、①労作で増悪し、②安静で軽快する、③心窩部の圧迫感、という3条件を満たす症候群なのですが、では、このうち何が狭心症の安定しているところ、何が不安定なところなのでしょう？

現在教科書などでよくなされる説明は、安定狭心症では動脈硬化が進んで血管が年輪のように狭くなっていくのに対し、不安定狭心症ではプラークが一気に破裂する、というものです。ここで言うプラークとは、動脈硬化層内に脂質と遊走してきたマクロファージがたくさん詰め込まれているものであり、マクロファージがコレステロールを貪食して怒り狂うとこのプラークが不安定になり(=炎症を起こして)、いつ破裂してもおかしくない状態となります。しかし、こんな見てきたようなことを言ったとしても、実際に生きている患者さんの冠動脈の中身が見えるわけではありません。そこで、救急外来などの臨床現場では、症状からアタリをつけます。

安定狭心症=胸部症状はあるものの、1か月以上「安定」している
不安定狭心症=発症1か月以内であり、症状は悪化していく

というのが便宜的な分け方です。つま



● 図1 心電図変化のある急性冠症候群の患者約1万人のデータに基づく、イベント発生後の死亡率(文献1より改変して引用)

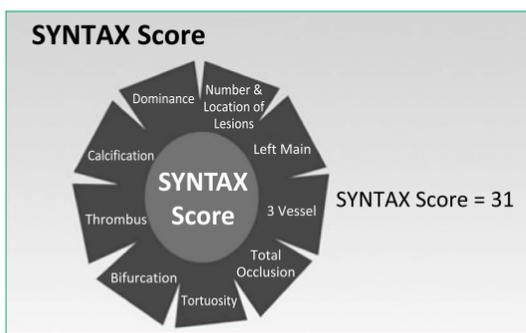
り、これは狭心症だ! という前述の3条件を満たす典型的な胸部症状があったとしても、それが1か月以上にわたって決まった労作(例:朝に地下鉄の階段を上る)で同程度の症状(例:胸が苦しくなるが数分で治まる)がずっと続いているようならば、その狭心症は「安定」しているととらえます。

心電図の安定性

また、ここでは心電図が「安定」しているという側面もあります。典型的な安定狭心症では安静時の心電図は正常ですが、運動(例:トレッドミルやエルゴメーター)や薬物負荷(例:ジピリダモールやドブタミン)をかけると、再現性をもってSTの低下が見られます。つまり、一定の負荷量で常にSTが変化するというのです。例えばトレッドミルのStage 3の7分を過ぎた10.4 Metsという運動量の辺りでほぼ必ず胸部症状やST低下が見られるといったあんばいです(なお、トレッドミルの解釈については連載第1回、2878号を参照)。

一方、不安定狭心症では安静時や軽い労作でSTが上下したり、T波がひっくり返り、その変化の度合いが患者さんの予後にもかかわってきます。米国での急性冠症候群全体のデータを見ると、STが下がる症例の予後はST上昇型心筋梗塞(STEMI)と遜色ありません(図1)。

つまり、このSTが上下する場合は要注意なのですが、T波がひっくり返るだけの例は、心電図変化は派手なもの実はそれほど予後が悪いわけではないのです。これまでも繰り返し述べてきたように、心電図のわずかなSTの上下が国賓のように丁寧に扱われるのに対し、T波の声高な主張(=変化)があっさり無視されるには、それなりの理由があります(文献1)。



● 図2 SYNTAXスコアのイメージ SYNTAXスコアウェブサイト(<http://www.syntaxscore.com>)より。

安定狭心症の治療

さて、話を安定狭心症に戻すことにしましょう。少し考えてみてほしいのですが、「安定」という表記はやはり誤解を招くような気がしませんか? いずれも大事な心臓の血管が細くなったか詰まったりしているのか、安定も不安定もなく非常に危険な状態のように思いませんか? 何しろ期間に違いがあるわけでは無いのですから……。

治療の要、それはPCI? それともバイパス手術?

そこで登場するのが循環器内科の看板技術「カテーテル・インターベンション」です。今日では、狭くなってしまった血管をバルーンやドリルで広げ、広げたところに金属のステントを留置することもできるようになりました。これら、もろもろの手技をまとめて Percutaneous Coronary Intervention (PCI) と呼び、PCIが行われるようになってから約25年が経過しました。

より複雑な病変には外科的に冠動脈バイパス手術を行うこともできます。バイパス手術は大動脈からの血管グラフトを狭くなった冠動脈の先につないでしまうという芸術的な手術で、約50年の歴史を誇ります。

このPCIとバイパス手術のすみ分けですが、デッドヒートをここ20年ほど繰り返してきました。1990年代は単純な一枝病変のみPCIの適応ということになっていましたが、技術の進歩と共に二枝病変、そして最近では左主幹部病変や三枝病変という領域にまでPCIが踏み込んでいます。特に左主幹部病変は「解剖学的」に最も高リスクとされるグループですが、最新の米国のPCIのガイドライン(2011年)では、「左主幹部病変にPCIは禁忌」という看板を下ろすところまでできました。

しかし、これは別に何でもかんでもPCIでよいということではありません。見かけの病変の数だけでスパッと割り切ることはできない時代に入り、他の領域(例:がん診療)のように内科と外科がチームとして共通の土壌の上で話を進めなくてはならないようになったことを示しているの

す。実際、Tumor Board(腫瘍症例検討会)のようにHeart Teamを形成し集学的なアプローチを取ることが、ガイドライン中では最も強調されています。そのための一つの指標として、単なる枝の数よりも、さらに細かく解剖学的な「複雑」さを反映したSYNTAXスコア(図2)を用いて、バイパス手術かPCIを選ぶといったことも提言されています。このスコアは高度な統計的なモデルに基づいた計算式で算出され、とてもひと言では表現できないのですが、解剖、石灰化や血栓の有無、分岐病変、屈曲の程度といったことをパラメーターとして組み込んでいます。病変が複雑でSYNTAXスコアが高い群(33点以上)はバイパス手術の成績が優れ、それ以外はPCIとバイパス手術の成績が同等という結果(文献2)が出ており、参考としています。

思わぬ伏兵

さて、安定狭心症に対する治療法として長らくライバル関係にあったPCIとバイパス手術ですが、SYNTAXスコアというジャッジ(審判)も登場し、Heart Teamとして手を組んで仲良くやっていこうという話で落ち着いたかと思われましたが、ここに思わぬ伏兵が現れます。それは「至適薬治療」と「生活指導」という、これまでかなり軽視されてきたものの、言ってみれば当たり前の治療法なのですが、この分野も地道にここ20年の間に力を蓄えてきました。

この辺りの話は、実は筆者の研究に絡んでくる話でもあるので、稿を次回に続けてじっくり書きたいと思ひます。

POINT

- 安定狭心症の「安定」は、1か月以上の症状安定。同じ労作で胸部症状や心電図変化が再現される。
- 微妙なST変化でも、派手なT波逆転より予後に重要な意味を持つ。
- 安定狭心症へのPCIとバイパス手術の現在のすみ分けは複雑。SYNTAXスコアが高ければバイパス手術を選択する。

参考文献

1) Savonitto S, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndromes. JAMA. 1999; 281(8): 707-13.
2) Serruys PW, et al. Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease. N Engl J Med. 2009; 360(10): 961-72.

すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

総合診療・感染症科マニュアル

研修施設としての評価も名高い電田総合病院のスタッフの総力を結集して纏め上げた1冊。多忙な研修医には必携のサバイバルガイドがここに完成した。ポケットに収まるサイズながら、必要最低限のスキルや情報を凝縮。薬の投与量なども具体的におさえ、また箇条書きなので、ぱっと見で使える簡便さも兼ね備えている。しかし、中身はあくまで実践的なもので、すぐにも診療に役立ててもらえる1冊になることと思われる。

監修 八重樫 牧人
電田総合病院総合診療・感染症科部長
岩田 健太郎
神戸大学教授・感染症内科
編集 電田総合病院

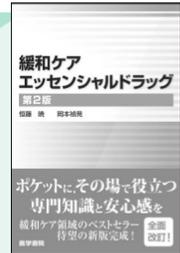


ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケア領域の好著、待望の改訂版!

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に、緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラ一書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁
大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本 禎児
市立戸塚病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究所



もう膠原病は怖くない!



臨床医が知っておくべき膠原病診療のポイント

膠原病は希少疾患ですが、病態はさまざまな臓器におよび、多くの患者で鑑別疾患に挙げられます。また、内科でありながらその症候は特殊で、多くは実際の診療を通してでなければとらえにくいものです。本連載では、膠原病を疑ったとき、膠原病患者を診るとき、臨床医が知っておくべきポイントを紹介し、膠原病専門診療施設での実習・研修でしか得られない学習機会を紙面で提供します。

高田和生

東京医科歯科大学 歯学部融合教育支援センター 准教授

その9 全身性強皮症

今回は、全身性強皮症 (Systemic sclerosis; SSc) の考え方と診療におけるポイントを学びます。

限局性強皮症と限局型全身性強皮症は同じ?

強皮症 (Scleroderma) には、SScのほか、限局性強皮症 (Localized scleroderma) も含まれます (図1)。

後者は、前者より発症年齢がやや低く (20-40代)、レイノー現象や内臓臓器病変合併はまれであり、生命予後は良好です。なお、後述する限局型全身性強皮症とは大きく異なるので整理して理解する必要があります。

全身性強皮症の限局型とびまん型: 単なる皮膚硬化の範囲による違いではない

全身性強皮症 (日本における推定患者数1万人弱) は、皮膚硬化の範囲により限局型全身性強皮症 (Limited cutaneous systemic sclerosis; lcSSc) とびまん型全身性強皮症 (Diffuse cutaneous systemic sclerosis; dcSSc) に分けられ、両者は自己抗体や発症経過、内臓臓器病変合併頻度など、さまざまな点で異なります (表)。さらに、全身性強皮症に伴う自己抗体や内臓臓器病変、レイノー現象などを伴いながら皮

膚硬化をみない Systemic sclerosis sine scleroderma (sine は英語の without を意味するラテン語) もまれに経験されます (図1)。なお、CREST 症候群は lcSSc と同義ではなくその亜型です ("C" の calcinosis を伴う症例はまれ)。

dcSSc と lcSSc は、皮膚硬化とレイノー現象の発症時期との関係で識別可能

dcSSc は皮膚病変とレイノー現象がほぼ同時期に発症し、皮膚硬化は当初5年程度かけて進行しピークを迎えた後は、緩徐ですが軟化傾向となります (図2)。よって、当初の硬化速度とピークの程度が低い場合は、その後の軟化によりほぼ肉眼的には正常に近い皮膚に戻る場合もあります。内臓臓器病変が出現するのも当初5年程度ですが (肺高血圧症を除く)、それらは皮膚病変ピーク後も進行します。

一方、lcSSc は皮膚病変を認識するはるか以前よりレイノー現象が始まります。そして皮膚硬化は dcSSc と異なり進行性ですが、非常に緩徐です (図2)。

強皮症の治療は、抗炎症・免疫抑制療法による閉塞性血管病変や線維化形成の制御と、血管拡張療法

全身性強皮症の病態には、下記の3つの特徴があります。
①病変における線維化

- ②罹患臓器の多くにみられる閉塞性血管病変 (好中球ではなくリンパ球浸潤が主体で、内膜過形成を伴い内腔狭窄を来す)
- ③炎症・自己免疫病態 (自己抗体産生、他の自己免疫疾患の合併や家族歴)

③が①②に先行する一方で、①②が③の維持に寄与するなど、これらの複雑な相互関係により病態が形成・維持されていると考えられています。したがって、治療も以下のようにまとめられます。

①に対する治療

既成の線維化病変に対する有効な治療法はまだない。

②に対する治療

既成の血管病変に対しては血管拡張療法が主体 (皮膚潰瘍、指尖壊疽、肺高血圧症、強皮症腎)。

③に対する治療

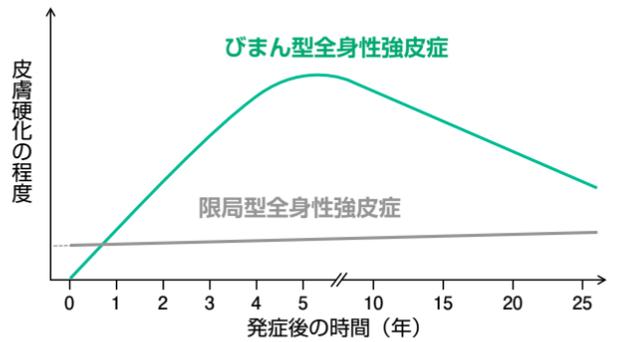
抗炎症・免疫抑制治療により、①や②の形成・進行を制御する [皮膚 (後述)、間質性肺炎、心筋病変]。

その他

消化管病態に対しては対症療法が主体。

皮膚硬化は免疫抑制治療に非常によく反応する?

皮膚病変に対する治療を要するのは dcSSc ですが、前述のようにほとんどの症例で皮膚硬化が5年程度でピークを迎えた後緩徐軟化するため、治療の有効性の評価には、無作為割付プラセボ対照試験が欠かせません。しかし、そのような形で評価された治療法は、シクロホスファミド (小さいながら有意差あり)、メトトレキサート (複数試験あるが結果は一定せず)、D-ペニシラミン (有意差なし) に限られます。糖質コルチコイド (glucocorticoid; GC) は、プラセボ比較試験で評価されていませんが、浮腫期には効果があります。ただ、後述する強皮症腎クリーゼ (scleroderma renal crisis; SRC) のリスク上昇との関連があるため、使用においてはできる限り低用量にとどめることが推奨されています。



●図2 全身性強皮症の亜型と皮膚病変の経過との関係 (文献1より改変)

全身性強皮症に合併する間質性肺炎の半数が進行性、治療はシクロホスファミドパルス療法が主体

高分解能 CT では、SSc 患者の 75% に間質性肺炎 (Interstitial pneumonia; IP) (70% 以上が NSIP パターン) を認め、その半数が進行性 (急速進行例はまれで、ほとんどは緩徐に進行) です。進行性の予測は KL-6 値や気管支肺胞洗浄所見をもってしても難しく、定期的評価にて経過を追いつつ判断する必要があります。

他の膠原病合併 IP で用いる高用量 GC も効果がありますが、後述する SRC リスク上昇との関連があるため積極的に使えず、免疫抑制薬が治療の主体となります。プラセボ対照試験にてシクロホスファミドの経口投与の有効性が (小さいものの) 示されていますが、実際には安全性への懸念から同薬のパルス療法が用いられることが多いです。

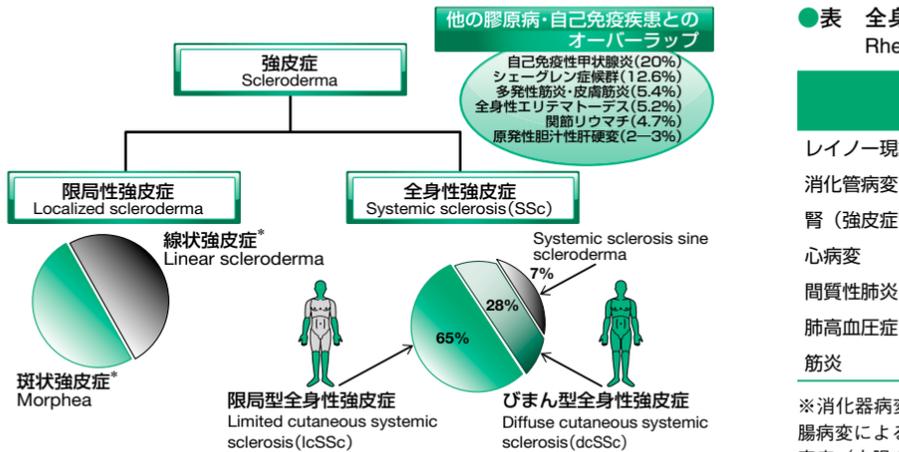
ステロイド治療と強皮症腎クリーゼには直接的な因果関係がある?

SRC は dcSSc の早期合併症 (欧米では dcSSc の 15%, 日本では 8.2%) で、まれに血圧上昇を伴わないこともあります。治療は ACE 阻害薬 (可能な限り高用量) が主体で (ARB は ACE 阻害薬に劣る)、他の降圧薬も併用して血圧上昇をコントロールする必要があります。たとえ数か月間透析依存状態が続いても、離脱できる症例もあります。

複数の後ろ向き研究データより、高用量 GC (プレドニゾロン換算 15 mg/日以上) は SRC のリスク上昇と関連があることが示唆されており、dcSSc 患者では使用をできる限り控えるよう推奨されています。しかし、SRC はそもそも皮膚硬化進行速度の大きな症例で発症リスクが高く、そのような症例で GC が皮膚硬化進行制御目的で使われることが多いことから、GC と SRC リスク上昇との関係は、直接的な因果関係ではない可能性もあります。臨床現場では、筋炎、心外膜炎、IP などを対象に、GC が注意しながら使用されています (dcSSc 症例の 49% で GC 使用)。

●文献

1) Wigley FM, et al. Clinical features of systemic sclerosis. In: Hochberg MC, et al, editors. Rheumatology, 3rd ed. Mosby; 2003.



●図1 強皮症の分類 (Semin Arthritis Rheum. 2011 [PMID:22169458] より改変)
*斑状強皮症と線状強皮症の頻度分布は小児と成人で異なり、小児では線状強皮症が主体 (約3分の2)、成人では逆となる。

●表 全身性強皮症の亜型と内臓臓器病変合併頻度 (Mod Rheumatol. 2011 [PMID:21874591] より改変)

	限局型全身性強皮症	びまん型全身性強皮症
レイノー現象	99.0%	98.0%
消化管病変*	39.6%	59.3%
腎 (強皮症腎)	0.74%	8.2%
心病変	13.0%	32.6%
間質性肺炎	40.0%	71.1%
肺高血圧症	14.4%	19.3%
筋炎	10.0%	15.0%

*消化器病変は半数では無症候性。罹患率は食道>小腸>大腸。小腸病変による吸収不良は10-30%でみられ、また少数例は偽性腸閉塞症 (小腸または大腸病変による) を繰り返す。

めまい一筋45年の著者が伝授するめまい診療のエッセンス

めまいの診かた・考えかた

著者のライフワークであるめまいの診かた・考えかたを内科医と若手耳鼻咽喉科医向けに惜しみなく伝授! 豊富な図解でめまい診療を簡潔にまとめた第1章、多彩なコラムにより平衡機能の基礎からめまいを理解できる第2章、中枢性めまいや良性発作性頭位めまい症、メニエール病などの重要なめまいを解説した第3章、さまざまなめまいの症例を学べる第4章という充実した構成。多面的にめまいを学び、臨床に役立てることのできる1冊!

二木 隆
日本めまい平衡医学会顧問/
二木 深谷耳鼻咽喉科医院・めまいクリニック理事長



がん“共存”するために必要不可欠なリハビリテーション入門書

がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで

“がん (悪性腫瘍) のリハビリテーション”にはがん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門性も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣が、その概要から実際のアプローチ方法に至るまでわかりやすく解説。すぐに臨床応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。

編集 辻 哲也
慶應義塾大学医学部腫瘍センター
リハビリテーション部門 部門長



日本の医学教育

ノエル先生と考える

第22回

ワーク・ライフ・バランス(番外編)

ゴードン・ノエル / 大滝純司 / 松村真司
オレゴン健康科学大学 東京医科大学 松村医院院長
内科教授 医学教育講座教授



わが国の医学教育は大きな転換期を迎えています。医療安全への関心が高まり、プライマリ・ケアを主体とした教育に注目が集まる一方で、よりよい医療に向けて試行錯誤が続いている状況です。

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

今回はシリーズ「ワーク・ライフ・バランス」の番外編として、日米における医師の生活に詳しいオレゴン健康科学大学のレベッカ・ハリソン先生に、柔軟な勤務体系を実現してきている米国での医師のワーク・ライフ・バランスへの取り組みについて伺いました。

——米国の医師は、アカデミックのキャリアを積む過程でワーク・ライフ・バランスの課題にどう取り組んでいるのですか？

ハリソン 米国では、家庭を築いて子育てをし、趣味を持ち地域へ貢献したいと考える人々が、男女問わずあらゆる職業で多くなってきています。大学教員や研究職などのアカデミックな医学の領域でも、多方面からワーク・ライフ・バランスの話題が語られています。米国では個人の自己実現が重視される一方、日本では集団での目標達成に重点が置かれるなど日米には文化の相違がありますが、医学部教員がワーク・ライフ・バランスに取り組む場合、その人自身が仕事と私生活で何を成功と見なしているかが、日米ともに大きく影響すると思います。

一般的に、米国でも日本でもアカデミックな医療機関では、業績の定義には内外から多くの圧力があります。伝統的には、論文の数や昇進の速さ、知名度や指導医としての影響力などが成功の物差しです。一方、個人レベルでは、成功の物差しは人によってさまざまです。だからこそ、医学部教員としてのワーク・ライフ・バランスを考えると、大学人としても一個人としても、仕事と私生活の双方を包括的に見ながら成功をどのような物差しで測るかが大事な要素なのです。

振り返りで価値基準を見極める

ハリソン ただ、医学部教員はいまだにワーク・ライフ・バランスの課題と格闘しています。それは、過去100年以上にわたって医師は時に個人の生活

を犠牲にしながら、献身的に働くことが期待されてきたためです。

医師になるということは、多くの先輩医師から昔と同様に身を削り仕事に打ち込むことを期待される専門職の一員に加わることであります。だからこそ、私たちは学生、研修医、そして若い教員たちに、何が自分の価値基準や目標なのかを見極め、それらを基に人生の過ごし方を考えるよう勧めています。

医師や個人として何を優先するかを考えることは良い修練にもなるため、米国のいくつかの医学部では人事考課の面接項目に、仕事と私生活における優先事項の決定が含まれています。それぞれへの比重のかけ方は、達成度などによって変わります。特に、子どもが成長して仕事に費やす時間が増えると優先事項も変わるため、定期的に見直すことは重要です。ワーク・ライフ・バランスを高めるためには、この振り返りを定期的に行うとよいでしょう。

米国の、特に1970年代以降に生まれた若い世代の教員たちは、バランスのとれた生活を意識的に努め、自分たちの言葉で「成功」を定義することで、従来の消耗の激しい医学部の風土を拒絶しています。例えば私は、仕事を生活の中心に据えない方法を見つけようと努めてきました。家族はその強い原動力となり、例えば子どもの学校行事に予定を合わせたり、子どもの演劇やスポーツなどの医学以外の生活を楽しむために勤務時間を減らしました。また、家族の大事な行事があるときは同僚に相談して交代してもらいました。そうやって私たちは、オレゴン健康科学大学病院総合内科におけるワーク・ライフ・バランスを支える文化の土壌を作ってきました。

指導的立場の人材に多様性を

——アカデミックな医療機関で、ワーク・ライフ・バランスを高めるために必要なものは、何かありますか？

ハリソン アカデミックな医療機関に

おいて、臨床・研究・教育のあらゆる面に影響を及ぼし、最も貴重な資源となるのは教員です。そのため、教員たちのワーク・ライフ・バランスを理解し大事にする人材を、指導的立場の医師の間にもっと増やす必要があります。米国医学部における女子学生の割合は、過去30年以上にわたり着実に増えてきているため、より高い地位にベテランの女性医師を配置すべきですが、女性の役職者の割合は低いままです。多くのアカデミックな医療機関では、教員個人の価値観と組織の価値観に大きな隔たりが生じています。医学界で真のワーク・ライフ・バランスを実現するためには、指導的立場に女性や、マイノリティを含む多様性とバランスの大切さを知る男性がもっと必要です。しかも、このような変化は医療を改善し、保険制度のような米国医療の不均衡の解決を促すのに有効なリーダーシップを提供すると思います。

もう一つ、医学界の文化も変えなくてはなりません。そのためには、医学界で指導的立場にある人々が、教員たちの価値観と専門職者としての理想を支持することが重要です。教員たちの情熱は、医学部のコアとなる活動を推進しそれが次世代の医師たちに影響を及ぼします。教員たちとの間で価値を共有することで、指導者の影響力は高まり、社会貢献や医学教育、そして各教員の専門職者としての成長も促進されるのではないのでしょうか。

米国でも日本でも、男女問わず特に若い世代は仕事に柔軟性を求め、個人としての責任と専門職として責任をバランスよく背負っていきたく願ってきています。米国では、20—30代の男性医師が医学界の文化を変えると、多くの国民が考えています。なぜなら若い彼らは仕事だけに重きを置いた医療システムを受容しないと思われるからです。私は男性研修医や若手教員とともに仕事を行うなかで、ワーク・ライフ・バランスの達成へと向かう緩やかでも目に見える変化を感じ取っています。医学界は、こうした動きに対応しないと今後大きな摩擦を生じるのではないかと感じています。

受ける側の価値を理解し、助言を与えることが必要

——指導的立場にある医師は、具体的にどう対応したらいいのでしょうか。ハリソン ワーク・ライフ・バランスに関して助言を求められれば喜んで応じ、増大する組織内での話し合いにかかわっていくことが必要です。次世代の医師たちが、個人あるいは医師として決断を下す際の助けとなるよう、変化を押し進めていく必要があります。私は現在、医学部女子学生へのメンタリングのニーズに関する多施設の質的研究に携わっています。この研究の中間報告からは、女子学生はワーク・ライフ・バランスに関して女性教員の助言を求める一方、事実に基づいた詳細



●レベッカ・ハリソン氏

1994年ミネソタ大医学部卒。卒業後、オレゴン健康科学大医学部内科レジデント、チーフレジデントを経て、現在同科准教授兼ホスピタリスト(病院総合医)。2004年から洛和会音羽病院で研修医の指導を行うほか、09年には東大医学教育国際協力研究センターの客員教授として4か月間赴任した。

なキャリア形成のアドバイスを、男女両方のメンター(助言者)に求めていることがわかっています。

パートタイム勤務の短所

——医療業界でワーク・ライフ・バランスを進める上で、マイナス面はありますか。

ハリソン マイナス面として最初に挙げられるのは、米国でパートタイム勤務の医師(研修医を含む)は職場にいる時間が短く、その結果、患者の担当を交代することが増え、申し送りの際にその患者に関する情報把握が十分にできないという見方です。時間が経つにつれ、治療の継続性が失われることが危惧されています。

最近、高齢の私の家族(医師)が入院したのですが、担当者間の引き継ぎについては「善処しようと努力しているのはわかるが、担当医師たちのケアは統一されていなかった。何が行われているか本当にわかっている人や、自分の患者という意識で接する人は誰もいなかったように感じる」と彼は振り返っていました。とはいえ、パートタイムとフルタイムの内科医師に臨床上のアウトカムの違いはなく、パートタイムの医師もフルタイムと同じように治療に携わっているという研究結果も出ています。

——これからのワーク・ライフ・バランス推進に役立つものが何かあれば教えてください。

ハリソン ITを用いた在宅勤務も注目すべきでしょう。多くの教員が、遠隔地での勤務は仕事をする場所が広がり、ワーク・ライフ・バランスの推進に役立つ可能性があるとして述べています。しかし、個人の生活に仕事が入り込む危険が高まるのも事実で、一部の教員や研修医は、病院での仕事を家に持ち込むと結局、常に仕事をしていることになるかと述べています。

コンピューターは、教員に24時間常にアクセスできる状態を作り出しています。最近、私たちはアクセス時間を制限しながらITを効率よく駆使するメールの活用法などを教える講演やタイムマネジメントなどのワークショップに参加する機会が増えました。技術を駆使して時間をうまく使いこなすことは、医師のワーク・ライフ・バランスに関する今後の重要なテーマになっていくでしょうね。

——ありがとうございました。

大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版!

問題解決型救急初期診療 第2版

救急患者の診断からマネジメントまで、フローチャートなどを用いて優先順位をつけ、考えること・すべきことの流れを理解し、初期診療につなげる。特に基本的症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学べるよう問題解決のプロセスに焦点を当てた。最新のエビデンスとガイドラインに基づいた内容を盛り込み、マイナー系救急の内容も加わり、ますます充実した研修医必携書の待望の改訂版。

田中和豊
福岡県済生会福岡総合病院・臨床教育部部長



日本独自の統合版高齢者ケアアセスメントマニュアル!

インターライ方式 ケア アセスメント 居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

MDSの開発で著名なインターライによる高齢者ケアアセスメントマニュアルの最新版。居宅版、施設版、高齢者住宅版を、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式。本書は「MDS2.0在宅ケア」と「MDS2.1施設ケア」の発展版にあたり、2冊が統合された形になっている。ケアマネジャー必携書。

著 監訳 Morris J. N., et al
池上直己
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
翻訳 山田ゆかり
コペンハーゲン大学公衆衛生研究所 社会医学部門
石橋智昭
ダイヤ高齢社会研究財団研究部長



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

幻聴妄想かるた 解説冊子+CD『市原悦子の読み札音声』+ DVD『幻聴妄想かるたが生まれた場所』付

ハーモニー (就労継続支援 B 型事業所) ● 編著

(解説冊子) 頁120
定価2,415円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01485-4

【評者】大野 更紗

作家(「困ってるひと」)/自己免疫疾患系難病患者

私は自己免疫疾患系の難病患者であるので、正直、精神障害を持つ人の苦しみや困っていることというのは経験則の範疇でしかない。代弁などできないと思う。私も「妄想」についてはなかなかいい線を描いている気がする。しかし重要なポイントである「幻聴」を聴いたことはまだ無い。

精神障害を持つ人たちにとって、「幻聴」や「妄想」は、空気のようなものなのかもしれない。当たり前過ぎて、言語化する必要性をあまり感じないのだと思う。「言葉にしたい」というのはむしろ、幻聴力も妄想力もイマイチ不足し、脳みそがすっかり固くなってしまった、凡庸な日本社会の側の願望なのかもしれない。近年、精神障害の領域を中心に「当事者研究」の試みは各地に広まっている。この「幻聴妄想かるた」は、東京・世田谷区にある精神障害者の人たちのための作業所、「ハーモニー」の当事者研究から生まれた。フリーダムすぎるメンバーによって制作された、ワンダホーなカルタである。

一人暮らしの方には CD 付録を

カルタであるから、遊ばなくては意味がない。しかし私は一人暮らしだ。一人でカルタを読み上げ、一人でカルタ取りをするなど、ご近所に不審だと思われるに違いない。うっかりヘルパーさんに目撃されたら、「ああ、更紗ちゃん、ついに……」と誤解されてしまう。しかし、このカルタは私のような独居者にも優しい配慮がされている。付録に、あの大女優、市原悦子さんによる読み上げ CD が付いているのだ。CD プレーヤーに読み上げ役を任せて、何枚か札を取ってみた。

「ヘリコプターとジェット機は アメリカ軍諜報機関 監視されている」
根拠はまったく無いが、超重要人物になった気がしてきた。

フリーダムすぎるカルタで 新年の頭をかち割ろう



「うたがわれ 続けて 20年」
20年も疑われ続けるなどと、ずいぶん熱心なファンがいるものである。「まい日 金縛り状態」

私も毎日身体じゅう痛むので、「そうそう!」と思わず興奮して札を握りしめてしまった。気分がすっとするいい札だ。

憑き物落として
このカルタの箱を開けて、付録の DVD を観たり、解説書を読むのももちろんためになる。「精神障害の方の気持ちを理解しなければ」とか、「社会的に弱い立場に置かれている方々のホンネを学びたい」という崇高な志を十二分に満足させてくれる、書籍としても優れたものであると思う。

しかし、あくまでカルタなのだ。繰り返しになるが、遊ばなくては意味がない。家族、友人、彼氏彼女と仲良く輪を囲み、この訳のわからない意味不明の、不審すぎる言葉の数々を読み上げることに醍醐味がある。せつかくの正月だというのに、テレビを観て寝ころがるのみしか余暇を楽しむ術を知らぬ「常識のあるお父さん」をたたき起こし、幻聴力の衝撃に触れさせてみるのもよい。カルタなど鼻で笑い、ゲームにいそしむ「空気を読める息子さん」を強制的に引っ張ってきて、妄想力の混乱に陥らせてみるのもよい。

不安に眠れぬ夜を過ごす人。精神科のクリニックを受診する人。学校や職場のストレスで心身の体調を崩す人。そういった話は「普通の話」として頻繁に耳にする。うつは、ふつうだ。いやむしろ、こんな矛盾と不条理だらけの社会で、うつにならないほうが、どこかおかしくなってしまうのかもしれない。

肩の力を抜いて、大きな声で、幻聴妄想かるたを読み上げよう。頭はさらに混乱し、訳がわからなくなり、そしてついには「ぶっ」と笑ってしまう。さっきまで自分の心をごんじがらめにしていた憑き物を落としてくれる。これぞ、激動の2012年新春にふさわしき、正統派カルタである。

ここからはじめる研究入門 医療をこころざすあなたへ

Stuart Porter ● 著
武田 裕子 ● 訳

B6・頁256
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01181-5

【評者】前野 哲博

筑波大大学院教授・地域医療教育学

研究は研究者がやるもので、臨床医がやるものではない——学生時代・研修医時代、私はそう思っていた。大学の先生からは、「臨床医だからこそ研究に取り組むべきである」とよく言われていたが、当時はどうしてもそう思えなかった。

そんな私も、後期研修が終わるころ、次第に研究に興味を持つようになり、軽い気持ちで研究に取りかかった。実際に取り組んでみると、その奥の深さに驚き、研究とはこんなに大変なものかと愕然とした。ようやく一つの論文を仕上げたとき、やっと臨床医が研究に取り組む意義を実感できたが、もし、こんなに苦勞することを最初から知っていたら、研究をやってみようとは思わなかったかもしれない。

思えば、研究のプロダクトである論文はいくらでも読む機会があるが、そのプロセスについて学ぶ機会は少ない。研究の進め方について書かれた本もあるが、研究をライフワークにしている研究者が、同じような道を選ぼうとしている人に向けて書かれたものが多いのではないだろうか。

本書は、まさに昔の私のような、初めて研究に取り組むことになった臨床家を対象に書かれている本である。そ

の特徴は、何といたって徹底的に初学者の視点に立っていること。なぜ研究するのか、なぜ研究を苦手としている学生が多いのかというテーマに始まり、指導教員との上手なつきあい方、研究テーマの選定、研究方法の考え方、レビューの書き方、先行研究の探し方……というように、研究のプロセスに沿ってわかりやすく述べられている。特に、研究倫理や質的研究については多くのページを割いて、丁寧に説明されている。

本書の特筆すべき点は、研究の入門書であるのに、研究に苦手意識のある人向けに書かれていることである。初学者はどこでつまづくのか、どこで不安を感じるのかを筆者が熟知した上で、極めて実践的でツボを押さえたノウハウがふんだんに記載されている。ユーモアにあふれた比喩もわかりやすく、こなれた読みやすい訳文と相まって、初学者でも肩肘張らずに読み通すことができるだろう。

医師に限らず(本書の著者は理学療法士である)、臨床にかかわるすべての医療者で、研究に興味を持ったなら、まず気軽に手にとってほしい。本書はそういう一冊である。

徹底的に初学者の視点に 立った研究の入門書

総合診療・感染症科マニュアル

八重樫 牧人、岩田 健太郎 ● 監修
亀田総合病院 ● 編

三五変・頁464
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00661-3

【評者】青木 眞

サクラ精機(株)学術顧問/感染症コンサルタント

優れた研修病院には、それぞれが置かれた地域や患者層にマッチした独自の診療文化・スタイルともいえるべきものがあり、これが国際標準化機構(ISO)などでは評価できない

形でその施設の診療の質を大いに高めている。そしてこれらの施設には、長年、培われた有形・無形の診療上の知恵が集約され、それを何とか霧散させず次世代に語り継ぎたいという熱意による診療マニュアルが必ず存在する。古典的なものとしてはワシントン大学の『ワシントンマニュアル』、聖路加国際病院の『内科レジデントマニュアル』などが挙げられ、「母校」沖縄県立中部病院にも同様のものがある。最近勃興が著しい新しい研修病院にも、歴代、屋根瓦方式で養われた研修医・レジデントたちにより練り上げられた秘伝のマニュアルがあり、その形はA4の紙に印刷されたものをホッチキスでとめただけのものから、院内ネ

ット上のフォルダにまとめられたパワーポイント形式のものまで、その形態はいろいろであるが、若々しい診療上の熱意と良心が結晶化している。

ここでは「良き医師として患者を助けたい・役に立ちたい」という強烈なベクトルが充溢しており、同時に、その施設がいかに粗野な野戦病院であっても言語化できない「温もり」「優しさ」がにじんでいる。「自分の体調・気分・能力に左右されずに良質な診療を毎日提供したい」という臨床医であれば誰もが自然に持つ本質的な願いによる産物である。

さて前置きが長くなったが、ここで『ザ・亀マニユ』(正式名『総合診療・感染症科マニュアル』)の登場である。監修はいつもお世話になっている八重樫牧人先生と岩田健太郎先生。そして編集はなんと亀田総合病院である。タイトルからして以前から「感染症教育は優れた総合診療教育の一環として」

サイズからは想像もつかない、 マニュアルを超えた内容

「週刊医学界新聞」 on Twitter!
(igakukaishinbun)

これが本物の幻聴妄想の世界だ!!

東京・世田谷のハーモニー(就労継続支援 B 型事業所)が、自分たちの幻聴妄想の実態をかるたにした。彼らの幻聴妄想の世界を知ること、共存の意味を学ぶことである。解説冊子と、DVD『幻聴妄想かるたが生まれた場所』に加えて、女優の市原悦子さんによる「読み札音声」CDが付録になった豪華版。

こんなふうに使ってください

- *医療者——心理教育のツールとして。地域で暮らすイメージをつくり、退院支援のきっかけに。
- *教育者——精神看護学実習の教材として。
- *当事者・家族——幻聴妄想をどう話すか、どう聞か、どう解決するかの参考に。
- *作業所——ユニークで、注目を浴びる商品開発の参考に。

●(解説冊子)B6 頁120 2011年 定価2,415円(本体2,300円+税5%) [ISBN978-4-260-01485-4]

幻聴妄想かるた

解説冊子+CD『市原悦子の読み札音声』+DVD『幻聴妄想かるたが生まれた場所』付

編著 ハーモニー (就労継続支援 B 型事業所)



《神経心理学コレクション》 心はどこまで脳なのだろうか

兼本 浩祐 ● 著
山鳥 重, 河村 満, 池田 学 ● シリーズ編集

A5・頁212
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01330-7

【評者】 鈴木 國文
名大教授・精神神経科学

とにかく面白い本である。最初の頁から最後までワクワク感を失うことなく一気に読むことのできるまれな専門書の一つと言っている。

なぜこの本がこれ程に面白いのか。それは、豊富な臨床例を踏まえ、その臨床場面から立ち上がる疑問を出発点に、その疑問について、単に教科書的理解でよしとするのではなく、手に入る理論のすべてを動員し、できる限り飛躍することなく疑問を埋めていく、そうした歩みを、この本は忠実に実行しているからである。難解な理論でむに巻くようなところは一つもない。そのため、この本は、一人一人の精神科医が、さまざまな知識、さまざまな理論をどのように臨床と結び付けていけばいいのか、そのことを伝える格好の導きの書となっている。

例えば、一足の靴について、それを靴と言いつつ靴と靴とを区別できず、「靴のようなもの」としか認識できなくなった「連合型視覚失認」の症例を診たときの驚きから、著者は、「普通の人が一足の靴を見てそれを靴と呼び、何の過不足も感じないで済ませることができるのはなぜか」という問いを立てる。こうした問いを立てることは、哲学者ならともかく、普通の臨床家には、決して容易なことではない。たいていの場合、「これは連合型視覚失認である」という記述で終わってしまうのである。著者は、その症例の抱える困難から、脳の機能について、さらには脳が機能する際の言語の役割について、丁寧な推論を重ねる。そのスリリングな

歩みは、精神について考える際に踏まえなければならない基本的な哲学的前提と、脳科学の最新知見の両方を、極めてわかりやすい形でわれわれに伝えてくれている。

著者、兼本浩祐という人は、どんな場面でも、常談をしていても、常に相手を聞き入らせる不思議な技を持った人である。あるとき、彼が「意味のない無駄話ならいくらでも続けることができるよ」と言うのを聞いたことがあるが、彼の話は、よく聞いていると、それぞれの断片がどんな遠いところからでも必ず核心へとつながっていく、そういう仕組みになっている。実は、無駄な話一つもないのである。そう言えば、この本にも無駄なことが少しも書かれていない。理論のための理論のような無駄な論立てが、一切ないのである。

心の文法で読み解くべき事柄、脳の文法で読み解くべき事柄、その二つがどのようにつながり、どのように離れているのか、もちろんこれは、今日の科学における最大のハードプログラムの一つである。この問題に正面から向かい、これだけ平易に論述することは、てんかん学というフィールドでこの問題を考え続けてきた著者でなければ成し得ない仕事と言えよう。しかも、この書で使われている日本語はきれいだ。今、物事を頭に整理して入れようとするとき、どのような言葉を使えばいいのか、ここでの論述はその見事な範例と言えるだろう。

単に精神科医だけでなく、心を扱う多くの人に読んでほしい一書である。

問題解決型救急初期診療 第2版

田中 和豊 ● 著

B6変・頁608
定価5,040円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01391-8

【評者】 岩田 充永
名古屋掖済会病院救命救急センター副センター長

ある往年の大投手は、プロ野球で活躍を期待される若手投手から「直球で勝負できる投手になるためにはどうしたらよいでしょうか?」と尋ねられ、「徹底的に走り込む」と答えたそうである。これは真の実力をつけるのには近道がないことを示しています。

しかし、真の実力がつくまで時間は待ってくれず、直球で勝負できるレベルに達していなくても、「このコースに投げれば打たれない」という投球術を駆使してプロ野球の世界を生きている投手はたくさんいます(多分……)。

国家試験に合格して間もない時期から救急外来に放たれる(!?) 臨床研修医は、いきなり登板を命じられマウンドに登る投手のようなものです。「まだ、直球で勝負できるような実力は僕にはありませんから……」という言い訳は許されません。そのような厳しく過酷な現実の中で、「この主訴のときにはこの疾患を考えて、この検査とあの検査をやっておけばよい」というマニュアルや、「この症状でこの所見の場合は〇〇(重篤な疾患)の可能性があるので要注意!!」というパターン認識を駆使して切り抜けようと試みている方も多いのではないでしょうか? これは、いわばピッチャーの「投球術」に当たるもので、大変役に立つのですが、投球術だけで切り抜けられるほど臨床の世界が甘くないのも現実です(長年、救急外来で働いていると本当に身に沁みます……)。

本書『問題解決型救急初期診療(第2版)』は投手の走り込みに当たる“臨

床医の基礎体力”を身につけるための書籍です(マニュアル本サイズではありませんが、決してちまたに溢れるマニュアル本ではありません)。胸痛、腹痛、頭痛から外傷まで臨床医として遭遇する事態に対して、病態生理や病理を重視した“本道”のアプローチが記載されています。世の中にはたくさんの病気がありますが、病態生理や病理に基づいた“本道”の思考を修得できれば患者に不利益を及ぼすような失敗を避けることができます。

活字を読まなくなったとやゆされる世代には厳しい要求かもしれませんが、ぜひ、一文一文を味わって、熟読・読破してください(国家試験が終わって最後の春休みを謳歌している医学部6年生の課題図書にしようかなあ)。臨床医の出発時に本書によって基礎体力(臨床の基本的な思考能力)を身につけた者は、直球勝負ができる体を作り上げた投手が実践で投球術を体得するがごとく、臨床研修の現場でクリニカルパルを蓄積していくことができると思います。そうなれば鬼に金棒、皆さんの臨床医としての人生は充実したものになるでしょう。

「もう、臨床研修なんて終わっちゃったよ〜」という皆さん、決してあきらめることはありません。われわれの世代には、「後輩に教えるふりをして、自分が勉強する」という得意技があるじゃないですか! 「君たちにとって非常に役立つ本だから、一緒に読んであげよう」と研修医と勉強会を開いて、さあ、一緒に勉強しましょう!

臨床医の基礎体力を獲得するため、熟読に値する書

「のみ可能」という監修者の主張が具現化したものともいえるが、本書の特徴を「感染症を総合診療に組み込んだマニュアル」と表現しては的外れとなる。それほど、本書は極めて小柄でありながら大きな構造物を内在させている。まずマニュアルが陥りやすい近視眼的な料理本 cookbook で終わっていない。日常臨床で必須となる多くの「原則」が本書前半のかなりの部分を占めており、その原則を医師はその経験の多寡を問わず生涯忘れてはならない。その意味では本書はマニュアルではなく手のひらにのる成書である。感動するたびに書評用に付けた付箋が数十枚となったが、残念ながら紙面の関係で「女性の健康」といったヘルスマネジメントから EBM まで視野に収めた本書をすべて紹介することはかなわない。極めて優れた点のほんの一部を紹介する。
* 検査判断の原則: 検査結果で診療行

為がどのように変わるかを考えよう。
* 一般外来診療の原則: 患者は医師に直接クレームを付けることは少ない。苦情の投書に目を通し、コメディカルに寄せられる患者の言葉に敏感になるようにする。
* 在宅診療の原則: 終末期に起きる変化は“本人は苦しくない”ということをご家族に説明し、家族の不安をできるだけ取る。
本書は、小さな宝石箱のようなマニュアルである。このマニュアルを読んで心が温かくならない医師は、役職が院長でも教授でも医師を辞めたほうがよい。研修委員長は「大人買い」の予算を準備されるようお勧めする。

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

ようこそ、素晴らしい旅行医学の世界へ!
新刊 **トラベル・アンド・トロピカル・メディスン・マニュアル**
The Travel and Tropical Medicine Manual, 4th Edition
監訳 岩田健太郎
神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染治療学分野教授
土井朝子
昭和会音羽病院感染症科
定価8,400円(本体8,000円+税5%)
A5変 頁800 図・写真45 2012年
ISBN978-4-89592-693-5
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medisi.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 E-mail info@medisi.co.jp



創薬・処方せん医薬品: 注意—医師等の処方せんにより使用すること
アルツハイマー型認知症治療剤 (薬価基準収載)
日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
アリセプト 錠 3mg 錠 5mg 錠 10mg
日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒
アリセプト 細粒 0.5%
アリセプトD 錠 3mg 錠 5mg 錠 10mg
(ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠)
アリセプト 内服ゼリー 3mg 内服ゼリー 5mg 内服ゼリー 10mg
www.aricept.jp
● 効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。
製造販売元 Eisai エーザイ株式会社 東京都文京区小石川4-6-10
販売提携 Pfizer ファイザー株式会社 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン/ファイザー株式会社 製品情報センター ART1102M02

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

松井 敏幸, 松本 主之, 青柳 邦彦 ● 編

B5・頁192
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01446-5

評者 坂本 長逸
日医大教授・消化器内科学

福岡大学の松井敏幸先生、青柳邦彦先生、九州大学の松本主之先生が『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』と題した小腸疾患診断学の教科書を医学書院から出版した。ご存じの方が多いと思うが、福岡大学、九州大学は小腸疾患の診療ではわが国をリードする大学であり、消化器疾患症例を1例1例大事に解析する手法はいまや両大学の伝統と言ってもいいであろう。同じく福岡大学(当時)の八尾恒良先生、九州大学(当時)の飯田三雄先生は2004年度に両大学の膨大なデータを集約し、これまでとは比較にならないぐらい広範な小腸臨床に関する学術書『小腸疾患の臨床』(医学書院)を出版したが、今回の『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』はそれに続く両大学の小腸疾患診療に関する学術書第2編と言える。

疾患の特徴が理解できる
優れた教科書

この2つの学術書の明確な違いは、2004年から7年を経て出版された『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』では、小腸疾患画像診断学がこの間にいかに進歩したかを見てとれることであろう。さらに付け加えるなら、私はこの学術書ほど小腸疾患に関する画像を豊富に掲載している書物を知らない。豊富な症例と画像が本書の特徴であり、特筆すべきことと言える。つまり、疾患単位で記述された最初の小腸疾患学術書『小腸疾患の臨床』を、より実臨床に即して、今日のダブルバルーン小腸内視鏡、カプセル内視鏡画

像とともに記述したのが本書と言える。もう少し本書の内容を紹介すると、本書は診断の進め方、小腸X線検査、カプセル内視鏡検査やダブルバルーン内視鏡検査の実際を総論でかなり詳細に紹介し、次いで内視鏡所見ごとに、所見から見た診断へのアプローチ、その所見を呈する小腸疾患、および鑑別診断と鑑別診断のポイントが記載されている。X線や内視鏡所見から診断にアプローチしようとする試みであり、極めて実臨床に即して書かれている。所見は、例えば粘膜下腫瘍を来す疾患、アフタを来す疾患、浮腫を来す疾患など、小腸の画像診断に実際にかかわっている先生にしか記述できないであろうと思われる内容となっている。したがって、このような所見にしばしば遭遇する小腸を専門とする先生には、なるほどどうなずける内容であり、これから小腸疾患診断学を学ぼうとする先生には必須の学術専門書と言えるだろう。この点も本書の特徴であるが、さらに特筆すべきは、所見から見た診断へのアプローチに続いてそれぞれの所見を呈する症例の内視鏡画像が100ページ以上にわたって掲載されていることである。しかも、写真が実に美しく、症例が豊富で、おそらくこれ以上に多くの小腸疾患症例の内視鏡画像やX線画像を示した教科書は他にはないであろう。つまり、症例の内視鏡画像のページを見るだけで、疾患の特徴が理解できる優れた小腸疾患内視鏡診断学教科書と言える。

このように、本書は専門家、これから小腸疾患診断学を学ぼうとする先生、あるいは日常臨床で消化管内視鏡検査に携わる先生方には、ぜひ一読していただきたい専門教科書となっている。

●お願い—読者の皆様へ
弊紙記事へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
☎(03)3817-5694・5695
FAX(03)3815-7850
「週刊医学界新聞」編集室

ティアニー先生の診断入門 第2版

ローレンス・ティアニー, 松村 正巳 ● 著

A5・頁208
定価3,150円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01440-3

評者 平岡 栄治
神戸大病院総合内科

本書の著者は、おそらくその名前を知らない内科医、研修医、学生はいないと思われるカリフォルニア大学のローレンス・ティアニー先生とそのご友人であり自身も高名な総合内科医である金沢大学の松村正巳先生である。

3部から構成されており、第1部はティアニー先生の診断哲学がまとめられている。病歴をとる際の患者観察の重要性、病歴の中には収穫の多い病歴と収穫の少ない病歴がありそれを見極めることの重要性などが具体例をもって説明されている。さらにどの本にも書かれていない診断に役立つクリニカルパールが書かれている。「多発性骨髄腫の3つのNoは発熱なし、アルカリフォスファターゼの上昇なし、脾腫なし」といった具合である。

第2部は金沢大学で実際行われたティアニー先生とのケースカンファレンスを合計14例出され、ティアニー先生の思考過程が詳述されている。一貫していることは病歴からかなり診断が

絞られることである。11のカテゴリでもれなく鑑別疾患を挙げ、病歴が終わるころにはかなり鑑別が絞られる方法は見事である。さらにコラムにて松村先生が身体所見や病名に関する解説をされている。ケースからその患者の診断までの過程を学ぶと同時に疾患についても学べるように構成されていて非常に勉強になる。第3部では、ティアニー先生へ松村先生がインタビューされ、会話形式でティアニー先生の個人史やいい医者になるための読者へのアドバイスが書かれている。

ティアニー先生は皆様ご存じのとおり診断の神様と呼ばれ、米国内のみならず世界各地でケースカンファレンスをされ、「診断学」を教育されている。本書を読むとケースカンファレンスに参加したことがない人もまさしくカンファレンスに参加しているようにティアニー先生の診断学の世界に引き込まれるだろう。学生、研修医のみならず内科医、指導医にも一読を勧める。



糖尿病医療学入門 ここと行動のガイドブック

石井 均 ● 著

B5・頁268
定価4,725円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01332-1

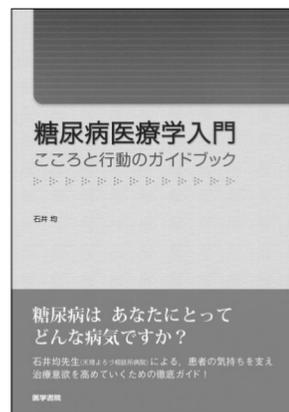
評者 田嶋 尚子
慈恵医大名誉教授/糖尿病・代謝・内分泌内科学

糖尿病診療においては、患者の考え方や生活背景など、個人個人が置かれた状況を尊重することや、医療者と患者の双方向における意思の疎通が欠かせない。しかし、このような側面はサイエンスとしては取り扱わず、近代医学ではとすると後回しにされてきた。この点についても知りたいと思っている諸兄姉にとって、このたび上梓された『糖尿病医療学入門—ここと行動のガイドブック』はまたとない良書である。

糖尿病と心理に関する第一人者である石井均先生が、長い間をわたって、感じ、考え、そして実践してこられた経験のすべてが盛り込まれているからである。加えて、人と人との信頼関係や心の問題を

取り込んだ新たな糖尿病医療体系を「糖尿病医療学」と名付け、これを興したいという著者の強い信念が流れている。

歩む道の先に光があることを
感じさせてくれる良書



とはいえ、糖尿病の診療において大切な基礎知識を持たずに、医療学を論ずるわけにはいかない。そこで基礎編のPart1では、血糖コントロールについて患者が知っているべきことが簡潔にまとめられている。この章を読むと、医学的な要因のみならず、行動学的な要因が血糖コントロールに影響することがわかる。例えば、SMBG(血糖自己測定)をすることができると確信し、それを実践して、血糖コントロールが改善すればSMBGを継続するという行動につながる、などが

小児整形外科のすべてがこの1冊に!

こどもの整形外科疾患の診かた 診断・治療から患者家族への説明まで

一般整形外科医から研修医、小児整形外科医を目指す方々に向けた小児整形外科のテキスト。日常遭遇しやすい疾患ごとに、患者家族がもつ不安や疑問の実例を挙げ、それに対する適切な回答例、診断上の留意点、専門医へ紹介するタイミング、治療の解説箇所では、フローチャートを用いた流れも示している。小児整形外科のトピックスや執業陣が勧める診断や治療の方法も併せて紹介。小児を診療する際の助けとなる1冊。

編集 亀ヶ谷真琴
千葉こどもと大人の整形外科・院長
編集協力 西須 孝
千葉県こども病院整形外科・主任医長



B5 頁264 2012年 定価9,450円(本体9,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01377-2]

医学書院

新刊 日常診療を強力にアシストする!

イン・ザ・クリニック

診療現場ですぐに役立つエビデンス

In the Clinic: Practical Information About Common Health Problems

訳:竹本 毅 北里大学病院総合診療部外来主任
編集:Christine Laine・David R. Goldmann

定価7,980円(本体7,600円+税5%)
●A4変 ●頁384 ●図18 ●2012年 ●ISBN978-4-89592-695-9

- 米国内科学会(ACP)の機関紙“Annals of Internal Medicine”に連載中の“In the Clinic”24回分をまとめた1冊。
- 内科外来で遭遇するcommonな疾患を厳選、診療に関わる現実的な設問に答える形式で、EBMに基づいたアプローチ法を解説。
- 豊富な囲み記事を収めた独自レイアウトにより、読みやすさ、使いやすさを追求。
- 文献検索データや“Tool Kit”など、各種情報源を適宜収録。文献集、各疾患の情報収集のための手引としても有用。



教科書として、主要文献のレファレンスとして、手元に置けば何かと使える

好評“100ケース”シリーズ

内科診断100ケース
臨床推論のスキルを磨く
100 Cases in Clinical Medicine,
2nd Edition
監訳:佐々木将人
定価4,830円(本体4,600円+税5%)

GP100ケース
プライマリ・ケア医としての
総合力を身につける
100 Cases in General Practice
監訳:佐々木将人
定価4,620円(本体4,400円+税5%)

心の診療100ケース
プライマリ・ケアで押さえない
精神医学的キーポイント
100 Cases in Psychiatry
監訳/訳:飯島克巳
定価4,830円(本体4,600円+税5%)

ナラティブ・メディスン

物語能力が医療を変える

Rita Charon ●著

斎藤 清二, 岸本 寛史, 宮田 靖志, 山本 和利 ●訳

A5・頁400
定価3,675円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01333-8

評者 江口 重幸

東京武蔵野病院副院長・精神医学

臨床の前線で日々働く医療者にとって、医療と文学を結びつける発想や、病いや苦悩は語りであるとする言説などは、およそ悠長で傍観者の見解と思われるかもしれない。臨床場面は死や不慮の事故などのハー

「物語能力」の重要さを説く、この領域への最良の導きの書

ドな現実と皮接していきながら生活する患者や家族、あるいは彼らを支えケアする人たちの考えを「糧」にしているのではないのは明らかであろう。病いを抱えながら、苦悩や生きにくさを日々の生きる力に変換していく根源の部分で「物語」が大きな役割を果たしているのである。

患者や家族の経験にさらに近づくために、こうした「語り」に注目したアプローチが医療やケア領域に本格的に現れるようになったのは、1980年代からである。本書はその最前線からもたらされた最良の贈り物である。

医師でもあり文学者でもある著者のリタ・シャロンは、さまざまな文学作品や人文科学の概念を駆使しながら「物語能力(narrative competence)」の重要さを説く。それは医療者が患者に適切に説明したり、事例検討の場で上手にプレゼンしたりする能力のことではない。病いや苦しみや医療にはそれらがストーリー化されているという本性があり、その部分にどれだけ注意を払い、正確に把握し、具体的に対処できるかという能力のことである。それに向けて著者が長年心を砕き、文学作品や「パラレルチャート」を含む多様な臨床教材を使用しながら医学教育の

場でも教えてきた成果のすべてが、惜しげもなくここに示されている。

物語=語り(narrative)は分断された医療を架橋する(第2章)。そして医療は物語的特徴であふれていて(第3章)、医療者一患者関係を良好にするのみならず、苦悩の証人となり(第9章)その根底の倫理的な部分(第10章)にも深くかかわってくるのである。

今日の医療の現状は、患者を中心とするものからはるかに遠く、徹底した生物医学に貧しい医療制度が絡み付いたものであるという指摘が常套句のごとくなされてきた。「患者や家族の声に耳を傾けなさい」という勧めも後を絶たない。しかし、こうした部分の根幹を変える力は、善意に満ちた心掛けや名人芸的な対話技術というより、それを支える方法論によってもたらされるものなのではないか。それが著者の言う「物語能力」、つまり物語=語りを適切に扱うことができる、理論的=実践的能力なのである。

原著は2006年に刊行された。それから5年を数えるが、本書以上の関連書が現れる予兆はいまのところない。本書は医学的物語論のいわばK点を刻むものなのである。原著より小ぶりの体裁ながら、美しい装丁をそのまま生かし、しかも詳細な文献を含む全訳が盛り込まれている。邦訳も日本においてnarrative-based medicineを長らく牽引してきたベストの翻訳陣によって担われている。

本書は医療やケアの重みや広がり、それにかかわる者の困難のみならず勇気や喜びをしっかりとわれわれに示してくれる、この領域への最良の導きの書である。

その一例である。

Part2では、糖尿病の治療に対する行動を決定する上で重要なのは、患者自身の管理行動であり、患者がどう考えているかが重大な要因であることが説明されている。このキーワードは、エンパワーメント、セルフエフィカシー、ストレス、QOLなどの外来語であるが、著者はその一つ一つについて、医師、看護師、患者の三者間に誤解が生じることがないように、丁寧に解説している。

第3章の実践編は、著者の“本領発揮”といえよう。糖尿病療養行動の促進、援助をいかにやっていくのが、かゆいところに手が届くように記されている。このようなことが大切だったのだと、今更ながら思い知らされること満載である。第4章は、“糖尿病者

のこころを支える”と題し、医療学を興そうと考えるに至った筆者の心の経緯が示されている。その文章の一つ一つの言葉に、著者の心の叫びが込められており、心を打たれる。

本書の対象は、糖尿病患者にとどまらない。根底に流れている石井哲学はもっと普遍的だからである。誰も、「理不尽だと感じる状況」から抜け出したいのに、具体的な方法がわからないという状況に置かれたことがあるだろう。そのような場合に本書をひもつけば、解決のヒントが見つかるかもしれない。また、歩む道の先に光があることを感じさせてくれるだろう。糖尿病を持つ人が勇気付けられ、彼らを取り巻く人々を温かな気持ちにさせてくれる本書が、多くの方々にとって座右の書となることを願ってやまない。

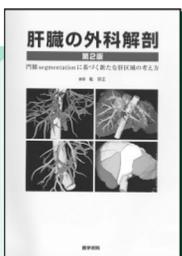
静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂!

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を提示。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新発見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書としても大幅リニューアル。

編著 電 崇正
千葉県がんセンター前センター長



広島県



救人募集

あなたの就業を全力でサポートいたします

ふるさとドクターネット広島

<http://www.dn-hiroshima.jp>

- 広島県の地域医療を担っていただける医師・研修医・医学生の方々とネットワークづくりを目的としたサイトです。
- 一緒に広島県の地域医療を担っていただける医師・研修医・医学生の登録をお待ちしています。
- ご登録いただいた方には、広島県の地域医療の情報をお届けするほか、就業に関する個別相談をお受けします。
- 全国どこにでも出張面談いたしますので、お気軽にご相談ください。

詳しくは「ふるさとドクターネット広島」ホームページをご覧ください。

アクセスは [ドクターネット広島](#) [検索](#) 「ふるさとドクターネット広島」は、(財)広島県地域保健医療推進機構が広島県から委託を受けて運営しているサイトです。

広島県・財団法人 広島県地域保健医療推進機構

〒734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29
TEL:082-256-2011 E-Mail: iryoud@hiroshima-hm.or.jp

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン



INTENSIVIST

インテンシヴィスト

2012年 第1号発売

特集 End-of-life

- 季刊/年4回発行 ● A4変 200頁
- 1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
- 年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)

※年間購読は送料無料で、約4%の割引

編集委員

- 藤谷茂樹 東京ベイ市川浦安医療センター/聖マリアンナ医科大学救急医学
- 讀井将満 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
- 林 淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
- 内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。
- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

2009年	2010年	特集	2011年	2012年(予定)
第1号: ARDS	重症感染症		Infection Control	End-of-life
第2号: Sepsis	CRRT		モニター	術後管理 (2012年4月発売)
第3号: AKI	外傷		栄養療法	PICU (2012年7月発売)
第4号: 不整脈	急性心不全		急性肺炎	人工呼吸管理 (2012年10月発売)

◎最新・最高の治療年鑑。1081名のエキスパートが贈る最新の治療ストラテジー

今日の治療指針2012

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢



■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2012」との連携: 「治療薬マニュアル2012」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利 (「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

■各領域について「最近の動向」を解説

- 日常臨床で遭遇するほぼ全ての疾患・病態への治療方針を解説
- 各項目はすべて新執筆者により毎年全面書き下ろし
- 大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 付録「緩和医療における薬物療法」を新規収載

● デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01412-0]

● ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01413-7]

◎この1冊さえあれば大丈夫!! 最も網羅性に優れた治療薬年鑑

治療薬マニュアル2012

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録 + 「重要薬手帳」



本書の特徴

- 2,100成分、15,000品目の医薬品情報を2,500頁に収載
- 副作用情報は症状に加えて対処・処置まで掲載
- 使用目的や使用法、適用外使用など、臨床解説が充実
- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 厳選された医薬品情報と代表的な処方例をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

2012年版の特徴

- 2011年11月収載の新薬までを掲載
- 新規付録、ヒヤリ・ハットの事例を紹介
- 公知申請情報、製剤の味・風味情報を追加
- 「歯科用薬」を新規収載

● B6 頁2560 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01432-8]

「治療薬マニュアル2012」× 「今日の治療指針2012年版」 合同プレゼント企画

特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2012年版」と「治療薬マニュアル2012」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2012」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2012年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2012年10月1日消印分まで有効)。

2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生 3月号 Vol.76 No.3 一部定価2,520円	アルコール関連問題	臨床婦人科産科 3月号 Vol.66 No.3 一部定価2,835円	不育症の診療指針
medicina 2月号 Vol.49 No.2 一部定価2,625円	下痢と便秘 今日的アプローチ	臨床眼科 2月号 Vol.66 No.2 一部定価2,940円	疾患メカニズムの新しい理解と治療の展開
JIM 2月号 Vol.22 No.2 一部定価2,310円	One step up 水・電解質・体液管理	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 3月号 Vol.84 No.3 一部定価2,730円	知っておきたい精神神経科の知識—専門医の診方・治し方
呼吸と循環 3月号 Vol.60 No.3 一部定価2,835円	自律神経系と循環器疾患	臨床泌尿器科 3月号 Vol.66 No.3 一部定価2,940円	画像診断の進歩を腫瘍手術に役立てる!
胃と腸 2月号 Vol.47 No.2 一部定価3,150円	改訂された胃生検Group分類の現状	総合リハビリテーション 2月号 Vol.40 No.2 一部定価2,310円	重症心身障害児のリハビリテーション
BRAIN and NERVE 2月号 Vol.64 No.2 一部定価2,835円	生物学的精神医学の進歩	理学療法ジャーナル 2月号 Vol.46 No.2 一部定価1,890円	慢性疼痛への包括的アプローチ
精神医学 2月号 Vol.54 No.2 一部定価2,730円	障害者権利条約批准に係る国内法の整備: 今後の精神科医療への萌芽	臨床検査 2月号 Vol.56 No.2 一部定価2,310円	生理活性脂質
臨床外科 3月号 Vol.67 No.3 一部定価2,730円	消化器外科のドレーン管理を再考する	臨床検査 3月号 Vol.56 No.3 一部定価2,310円	尿路結石
臨床整形外科 2月号 Vol.47 No.2 一部定価2,625円	壮年期変形性股関節症の診断と関節温存療法	病院 2月号 Vol.71 No.2 一部定価3,045円	病院の医師確保戦略



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL:03-3817-5657 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替:00170-9-96693